



“EL RINCÓN JOVEN DE LLEIDA: UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN SEXUAL PARA ADOLESCENTES”

Alumna: **Natalia Bravo Andrés**

Profesora: **María Ferrer Gil**

Curso 2013/2014

Trabajo fin de grado.

Universidad de Lleida. Facultad de Enfermería.

**El rincón joven de Lleida: un programa de
Educación Sexual para Adolescentes.**

Fecha de entrega: **15/05/14**



Índice

Siglas, palabras clave y resumen	pág. 4
Introducción	pág. 8
Justificación del trabajo	pág. 11
Marco teórico	pág. 13
Objetivos	pág. 34
Metodología	pág. 35
Intervención	pág. 40
Consideraciones éticas	pág. 52
Evaluación de la intervención	pág. 56
Discusión	pág. 57
Conclusiones	pág. 61
Bibliografía	pág. 63
Anexos	pág. 74



Lista de figuras

Figura 1: Porcentaje de mujeres entre 20 y 24 años que informan un parto antes de los 18 y antes de los 15 años de edad pág. 14

Figura 2: Tasa de fecundidad adolescente en países miembros de la OCDE ... pág. 15

Figura 3: Adolescentes entre 10 y 19 años que viven con VIH pág. 16


















Figura 4: Uso del preservativo pág. 17

Figura 5: Porcentaje de niñas adolescentes en matrimonio y tasas de natalidad adolescente pág. 24












SIGLAS, PALABRAS CLAVE/KEYWORDS Y RESUMEN/ABSTRACT

SIGLAS

-  OMS: Organización Mundial de la Salud.
-  UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
-  UNFPA: Fondo de Población de las Naciones Unidas.
-  FIGO: Federation of Gynecology and Obstetrics.
-  OCDE: Organización de Cooperación y Desarrollo Económico.
-  ETS/ITS: Enfermedades o Infecciones de Transmisión Sexual.
-  VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana.
-  ESHS: Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales.
-  INE: Instituto Nacional de Estadística.
-  INJUVE: Instituto de la Juventud.
-  SEC: Sociedad Española de Contracepción.
-  IVE: Interrupción Voluntaria al Embarazo.
-  FPFE: Federación de Planificación Familiar Estatal.
-  ICN: International Council of Nurses.
-  TICS: Tecnologías de la Información y Comunicación.
-  CJAS: Centro Joven de Anticoncepción y Sexualidad.
-  ASSIR: Atención a la Salud sexual y Reproductiva.



-  CJE: Consejo de la Juventud de España.
-  AESS: Asociación Española para la Salud Sexual.
-  SEMA: Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia.
-  IDESCAT: Instituto de Estadística de Cataluña.
-  EUROSTAT: Instituto Europeo de Estadística.
-  ASPB: Agencia de Salud Pública de Barcelona.
-  SAGIJ: Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil.
-  SEGO: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.
-  UNAF: Unión de Asociaciones Familiares.



RESUMEN

Introducción: El número de embarazos adolescentes sigue aumentando cada año a nivel mundial, tanto en países en vías de desarrollo como en los desarrollados, constituyendo un serio problema de salud pública. El inicio precoz en las relaciones sexuales junto con algunas actitudes de riesgo como el no tener una pareja estable, el tener relaciones esporádicas o el consumo de sustancias tóxicas, hace a los jóvenes vulnerables a problemas tan importantes como las infecciones de transmisión sexual y en el peor de los casos, los embarazos precoces. La adolescencia constituye una etapa ilusionante, llena de oportunidades y metas por cumplir, la cual se caracteriza por el proceso de construcción de la identidad personal y sexual. En la práctica, el problema reside cuando este acto sexual no se realiza tomando unas prevenciones básicas, teniendo una información adecuada y una educación sexual previa.

Objetivo: Crear un programa de Educación Sexual y Reproductiva con el fin de prevenir embarazos no deseados, educando a los adolescentes en temas relacionados con la sexualidad, trabajando las actitudes y conductas saludables.

Método: Se realiza un blog de Salud Sexual dirigido a adolescentes de entre 14 y 18 años de la ciudad de Lleida y dos talleres educativos donde se abordan y trabajan los aspectos afectivos y éticos de la sexualidad desde un punto de vista biopsicosocial, basado en un concepto positivo de salud y favoreciendo una práctica sexual adulta y responsable.

Conclusión: Debido a la falta de conocimientos en una sociedad que parece estar informada y documentada, los programas de Educación Sexual y Reproductiva se hacen cada vez más necesarios. Mediante una información eficaz y de calidad, se pueden conseguir los conocimientos, las capacidades y las actitudes necesarias para la toma de decisiones durante el presente y el futuro del adolescente.

Palabras clave: Sexualidad, jóvenes, educación sexual, embarazo adolescente, estilos de vida, intervenciones de enfermería.



ABSTRACT

Introduction: The number of teenage pregnancies is increasing every year worldwide, in developed countries as well as in the developing ones, constituting a serious public health problem. Early initiation into sex with some risk attitudes as not having a partner, having casual encounters or substance abuse, makes young people vulnerable to such important issues as sexually transmitted infections and what is worst, early pregnancies. Adolescence is an exciting period, full of opportunities and aims to accomplish, characterized by the construction process of personal and sexual identity. In practice, the problem is when the sexual act is not performed by taking a few basic precautions, given adequate prior information and sex education.

Objective: Creating a Program for Sex Education and Reproductive in order to prevent unwanted pregnancies, educating adolescents on issues related to sexuality, work attitudes and healthy behaviors.

Method: Is created a sex blog for teenagers between 14 and 18 years of Lleida and two educational workshops to work emotional and ethical aspects of sexuality from a biopsychosocial point of view, based on a positive concept of health and promoting an adult and responsible sexual practice.

Conclusion: For this reason and because of the lack of knowledge we can notice, in a society that seems to be reported and documented enough, sexual education programs become increasingly necessary. Through an effective and quality information, you can get the knowledge, skills and attitudes the teenage needs to decide in a responsible way.

Keywords: Sexuality, young people, sex education, adolescent pregnancy, lifestyle, nursing Interventions.



INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la sexualidad es un aspecto central del ser humano, la cual abarca al sexo. Este se define como el conjunto de características biológicas que distingue al ser humano como hombre o mujer, las identidades, los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. Está influenciada por la interacción de varios factores: biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales (1).

Para asegurar el desarrollo de una sexualidad saludable dentro de cualquier sociedad, han de verse reconocidos, respetados, ejercidos y definidos lo que se conocen como los derechos sexuales universales (2) (*Ver anexo 1*).

La sexualidad, es una de las necesidades fundamentales del ser humano a lo largo de su vida, desde la infancia a la senectud. Pero es en la adolescencia, definida por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (3), la Organización Mundial de la Salud (OMS) (4) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (5) como aquella etapa comprendida entre los 14 y 19 años (adolescencia temprana de los 10-14 años y la adolescencia tardía de los 15-19 años) de edad, cuando a raíz de los cambios físicos y biológicos que transforman a una niña o niño en un hombre o mujer, se empieza a manifestar y a tomar conciencia de esa necesidad.

Ya en la adolescencia temprana se empieza a tener curiosidad, deseo y preocupación por los cambios físicos, se establecen los primeros contactos con el sexo opuesto y se experimentan las primeras fantasías sexuales (6). En la adolescencia tardía en cambio, ya se empieza a apreciar una identidad sexual adulta, una capacidad para intimar y una



preocupación acerca de la procreación. Por eso, es en este periodo del desarrollo cuando los y las adolescentes están preparados biológicamente para mantener relaciones sexuales completas, por lo que la existencia de prácticas sexuales en la adolescencia y la juventud ha de ser considerada como algo normal y probablemente habitual (6).

El problema reside cuando este acto sexual no se realiza tomando unas prevenciones básicas, teniendo una información adecuada y una educación sexual previa. Una sexualidad sana es aquella que incluye una aptitud para disfrutar de la actividad sexual y reproductora con una ética personal y social, la ausencia de temores, sentimientos de vergüenza y culpabilidad, creencias infundadas y la ausencia de trastornos orgánicos y de enfermedades que la entorpezcan (7).

Como se ha comentado con anterioridad, la adolescencia es la etapa donde se empiezan a tener los primeros contactos íntimos. En un primer momento, el placer, la ilusión y la curiosidad son los tres pilares fundamentales en este “encuentro” pero, hay otros no menos importantes los cuales pueden cambiar la vida de la joven pareja tales como las infecciones de transmisión sexual o ITS, las agresiones, los abusos sexuales, el virus de la inmunodeficiencia humana o VIH y el embarazo no deseado en el peor de los casos. El motivo principal a esta actitud de riesgo es el desconocimiento y mitos acerca de la sexualidad.

Mediante la lectura de este trabajo, se conocerá la salud sexual y reproductiva de los adolescentes con sus puntos más relevantes y la principal medida preventiva para las conductas de riesgo en este grupo; la implantación de un programa basado en la educación sexual.

De este modo, este trabajo se ha ido estructurando a medida que se profundizaba en el tema. Se inicia con una contextualización del problema donde se hace referencia a la



incidencia de los embarazos no deseados en la adolescencia, los rasgos comunes de la adolescente embarazada, las demandas acerca de la sexualidad, los métodos anticonceptivos más utilizados entre los jóvenes y las infecciones de transmisión sexual.

Por otro lado, la parte práctica ha sido el punto central y el bloque más importante de este trabajo. Se ha creado una blog de salud sexual para jóvenes donde pueden informarse de cualquier concepto acerca de la sexualidad y resolver así las posibles dudas que les puedan surgir.

Finalmente, se pretende que las páginas que ahora empieza a leer sean de su agrado, y que conozca más profundamente el embarazo no deseado en la adolescencia, un tema de gran importancia y de riesgo en nuestra sociedad.



JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO

La elección de la prevención del embarazo en la adolescencia como tema para este trabajo, viene precedida por la alta incidencia de casos a nivel mundial. Es muy alarmante el elevado número de embarazos en adolescentes al cabo del año tanto en países en desarrollo como en los desarrollados. De igual forma y en relación a las causas por las que se producen estos embarazos, las actitudes de riesgo y comportamientos sexuales no adecuados por parte de los adolescentes, así como el desconocimiento y mitos acerca de la sexualidad, suponen otro motivo por el cual se realiza el proyecto.

Como se podrá leer a lo largo del mismo, son muchos los adolescentes que confirman una edad de inicio en las relaciones sexuales entre los 15 y 19 años de edad. Otro dato importante es que los jóvenes afirman no utilizar ningún método anticonceptivo en sus relaciones íntimas; aumentando el riesgo de la transmisión de enfermedades sexuales y en el peor de los casos, un embarazo precoz. Las causas por las cuales deciden no hacer uso de ninguna protección son la falta de disponibilidad y accesibilidad a los métodos anticonceptivos, la falta de comunicación con su pareja y la falta de conocimientos o educación sexual.

Otra razón que ha influido en la necesidad de realizar un trabajo de estas características, es la gran cantidad de consecuencias que conlleva un embarazo en la vida de una adolescente, ya no solo de carácter individual sino que también colectivo dentro de una sociedad.

Desde el punto de vista individual, un embarazo adolescente supone un cambio brusco en el estilo de vida de la joven. El corto espacio de tiempo entre la niñez y la edad adulta se hace evidente. A la vez, el miedo es un sentimiento predominante en la joven madre; a ser criticada y rechazada por su entorno más próximo y por la sociedad. Otra consecuencia de carácter particular es la repercusión de un embarazo a edades tan



tempranas en la vida familiar. Este hecho puede concernir en la estructura y conciliación de una familia; dándose la posibilidad de abandono del hogar por parte de la joven. Finalmente y con respecto a los estudios, muchas de las adolescentes que se quedan embarazadas tiene que finalizar su formación académica, momentáneamente o definitivamente, por no poder compaginar sus estudios con su nueva situación.

Por otro lado y desde el punto de vista colectivo, un embarazo adolescente influye en la manera de organización de una sociedad. Cuando una joven se queda embarazada, comporta un gasto económico para la comunidad. El hecho de invertir en el desarrollo de programas de Educación Sexual y que estos no consigan el resultado que se espera, es decir, reducir la incidencia de embarazos precoces, supone para la sociedad una pérdida considerable de dinero. De igual forma, una gestación de estas características repercute en el ámbito sanitario. Los motivos residen en el inicio tardío y mal control por parte de las jóvenes, la falta de periodicidad en las visitas y las complicaciones prenatales y postnatales.

De este modo, este trabajo se realiza como ejemplo de un modelo de Programa de Educación Sexual y Reproductiva, desarrollando un conjunto de actividades con un fin común; educar a los adolescentes en temas relacionados con la sexualidad, trabajar las actitudes y conductas saludables y prevenir el embarazo precoz o adolescente.



MARCO TEÓRICO

El embarazo no deseado se define como la concepción que, ni la pareja en su conjunto ni individualmente alguno de los que la forman, desea conscientemente en el momento del acto sexual (8).

Un estudio que llevo a cabo la International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) (9,10) comenta que en el año 2008 se produjeron 208.2 millones de embarazos en el mundo y de esos, el 41% eran embarazos no deseados.

Si este embarazo no deseado y no planificado le sobreviene a una adolescente, supone un impacto negativo sobre la condición física, emocional y económica de la joven, además de condicionar, definitivamente, su estilo de vida, por lo que constituye para las jóvenes un problema más social que médico (11).

A nivel mundial, las cifras de embarazos no deseados en adolescentes son muy preocupantes debido a su alto índice, constituyendo un problema global, convirtiéndose en un verdadero reto su prevención y disminución.

Según la FIGO, alrededor de 16 millones de adolescentes entre 15 y 19 años dan a luz cada año (10). Es alarmante el dato que expone que casi la tercera parte de embarazos que se producen anualmente, son no deseados y que gran parte de estos se dan en adolescentes (12). Además, UNFPA en el documento “Maternidad en la niñez” (13) comenta que la mayoría de los partos en adolescentes en el mundo se dan en países en desarrollo (95%). Alrededor del 19 por ciento de las jóvenes en estos países se quedan embarazadas antes de los 18 años. Dos millones de los 7,3 millones de partos en menores de 18 que ocurren cada año en los países en desarrollo son partos de niñas menores de 15 años. En cambio, en los países desarrollados, aunque también se viven estas situaciones, su incidencia es mucho menor (13).

De las regiones en desarrollo, tal y como se muestra en el siguiente gráfico, África Occidental y Central tiene el mayor porcentaje (28%) de mujeres entre 20 y 24 años que informaron de un parto antes de los 18 años. De igual forma son estos dos territorios los que cuentan con el mayor porcentaje de partos antes de los 15 años (6%). Algunos ejemplos son Chad, Guinea, Malí, Mozambique y Níger, países donde es común el matrimonio infantil. Por el contrario, Europa Oriental y Asia Central, tienen el menor porcentaje (0,2 por ciento) (13,14).

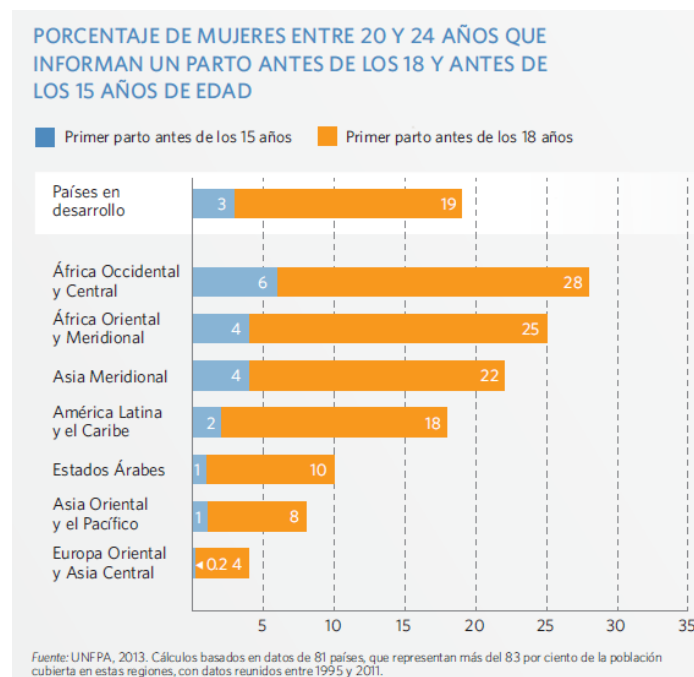


Figura 1: Porcentaje de mujeres entre 20 y 24 años que informan un parto antes de los 18 y antes de los 15 años de edad (13).

Entre los países desarrollados, Estados Unidos tiene la tasa de natalidad adolescente más alta. Como comenta el autor Finer en el artículo “The Global Epidemic of Unintended Pregnancies (10), de acuerdo con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (15), se registraron 329.772 partos en adolescentes de 15 a 19 años de edad en 2011. En América Latina, los países con

mayor tasa de maternidad adolescente son Nicaragua, Guatemala, Honduras, El Salvador y Venezuela, representando entre un 15-25% de los adolescentes (12) .

Finalmente, entre los estados miembros de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), que incluye países de medianos ingresos, México tiene la tasa de natalidad más alta (64,2 cada 1.000 nacimientos) en adolescentes entre 15 y 19 años de edad, mientras que Suiza tiene la más baja como se muestra en el siguiente gráfico (13).

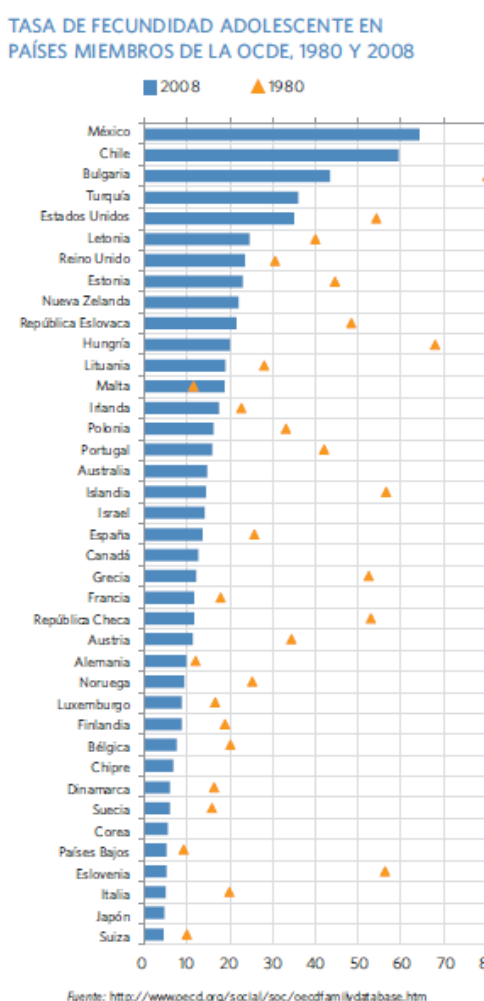


Figura 2: Tasa de fecundidad adolescente en países miembros de la OCDE (13).

Otro dato importante es el alto número de casos de infecciones de transmisión sexual (ITS) en el adolescente. En todo el mundo, hay 340 millones de ITS nuevas por año. Los jóvenes entre 15 y 24 años tienen las tasas más altas de ITS como consecuencia de un incorrecto comportamiento sexual (no usar o usar incorrectamente los preservativos) (13).

Según las aportaciones de la OMS (4) y UNICEF (3) en los documentos “Maternidad en la niñez” (13) y “Estado Mundial de la Infancia” (16) junto con ONUSIDA (17) a nivel mundial, los jóvenes representaban el 40% de todas las nuevas infecciones por el VIH en personas entre los 15 y los 49 años. Se puede decir que casi 3.000 jóvenes se infectan con el VIH cada día. En 2010 por ejemplo, vivían con el VIH unos 2,2 millones de jóvenes de entre 10 a 19 años, la mayoría ignorantes de su situación con respecto al virus. Durante el período de transición a la adolescencia, muchos de ellos carecieron de información, tratamiento, atención y apoyo, incluyendo servicios de prevención y de salud sexual y reproductiva apropiados para su edad.

Si observamos a nivel mundial, es África Oriental y Meridional la región con más número de adolescentes entre 10 y 19 años con VIH (1.200.000). Por contra Europa Central y Oriental con 13.000 casos es la región con menos incidencia (13,16).

ADOLESCENTES, ENTRE 10 Y 19 AÑOS, QUE VIVEN CON VIH, 2009

Región	Mujer		Hombre		Total	
	Estimación	estimación mínima - estimación máxima)	Estimación	estimación mínima - estimación máxima)	Estimación	estimación mínima - estimación máxima)
África Oriental y Meridional	760.000	(670.000 - 910.000)	430.000	(370.000 - 510.000)	1 200.000	(1.000.000 - 1.400.000)
África Occidental y Central	330.000	(270.000 - 440.000)	190.000	(140.000 - 240.000)	520.000	(390.000 - 680.000)
Oriente Medio y África Septentrional	22.000	(17.000 - 30.000)	9.700	(7.800 - 12.000)	32.000	(25.000 - 40.000)
Asia Meridional	50.000	(44.000 - 57.000)	54.000	(47.000 - 66.000)	100.000	(90.000 - 130.000)
Asia Oriental y el Pacífico	27.000	(15.000 - 30.000)	23.000	(14.000 - 34.000)	50.000	(29.000 - 73.000)
América Latina y el Caribe	44.000	(34.000 - 55.000)	44.000	(31.000 - 82.000)	88.000	(62.000 - 160.000)
ECCO/CEI	9.000	(7.700 - 10.000)	3.900	(3.400 - 4.500)	13.000	(11.000 - 15.000)
Mundo	1.300.000	(1.100.000 - 1.500.000)	780.000	(670.000 - 900.000)	2.000.000	(1.800.000 - 2.400.000)

Fuente: UNICEF, 2011.

Figura 3: Adolescentes entre 10 y 19 años que viven con VIH (13).



A nivel nacional, España es uno de los países de la Unión Europea donde más se utiliza el preservativo como método anticonceptivo. Este uso ronda el 40% frente al 6% que se da en Francia, el 13% de Alemania, el 15% de Reino Unido y el 19% de Italia. Esta diferencia en positivo es parecida a la que se encuentra en negativo en el uso de la píldora; en España apenas se alcanza el 20% frente al 49% en Francia, el 36% en Alemania, el 29% en Italia y el 31% en Reino Unido según un estudio del equipo Daphne acerca de los hábitos sexuales de los jóvenes (18).

Uso del preservativo

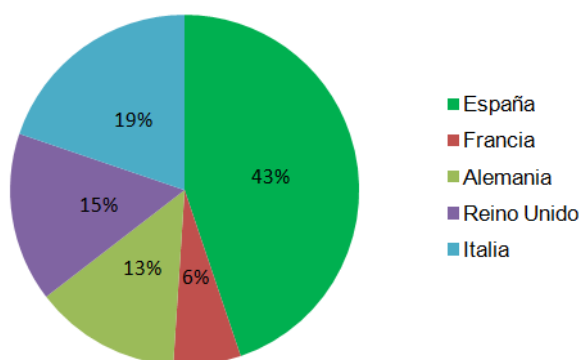


Figura 4: Uso del preservativo (18).

Por otra parte, dos encuestas realizadas por Bayer Health Care acerca de la “Sexualidad y anticoncepción en la juventud española” (19) y la “Anticoncepción en España” (20) junto con el Ministerio de Sanidad en el documento “Ganar salud con la juventud” (7) concluyen que el 64% de los adolescentes entre 15 y 19 años utilizan algún método anticonceptivo y además, que la píldora y el doble método (uso simultaneo de dos métodos anticonceptivos) son los métodos hormonales que más han crecido y su toma ha aumentado especialmente. Otro dato a comentar es que cerca del 30% de los jóvenes que dicen utilizar el preservativo como método anticonceptivo reconoce no hacerlo en todas sus relaciones sexuales, lo que



contribuye de manera decisiva a ese 40% de jóvenes expuestos al riesgo de un embarazo no deseado o de infecciones de transmisión sexual. Según la “Encuesta de salud y hábitos sexuales” (ESHS) (18) los principales motivos citados por los jóvenes para no usar preservativo con una nueva pareja se relacionan con la falta de disponibilidad del mismo, estar utilizando otro método anticonceptivo, creer que se conocen lo suficiente y la falta de comunicación entre la pareja.

Si hablamos de la edad media de inicio de las relaciones sexuales se sitúa en los 15,9 años, en la franja de edad de 15 a 19 años, corroborando tal información la ESHS del Instituto Nacional de Estadística (INE) y el sondeo de opinión del Instituto de la Juventud (INJUVE) (21–23).

Las diferencias entre las comunidades autónomas son importantes; Baleares y Murcia son las dos comunidades con mayor tasa de embarazos adolescentes según la Sociedad Española de Contracepción (SEC) (24) y el Ministerio de Sanidad en el documento “Interrupción voluntaria del embarazo” (25). De igual forma se demuestra que 13 de cada 1000 mujeres abortó en el año 2011 con menos de 19 años según el INE (26).

Según este instituto, la fuente principal de información sexual de las y los adolescentes son los hermanos mayores y amigos (41%). Además, el 61% comenta que tienen bastante información acerca de la sexualidad. Por sexos, un 12% de los hombres prefieren que sea un profesional quien le resuelva las dudas acerca del tema, mientras que un 18% de las mujeres se dejan aconsejar por su pareja. Finalmente, ambos sexos, demandan tener información (21,26).

Por otro lado, en una encuesta realizada por el INJUVE, los adolescentes comentan que la sexualidad es para ellos bastante importante (42%) frente al 11% de los que no la consideran (27).



Respecto a las ITS, la población adolescente entre 15-19 años representa un grupo de edad cada vez más afectado por enfermedades como sífilis, citomegalovirus y chlamydias según la SEC (28).

A nivel territorial, las y los adolescentes catalanes confirman que su principal fuente de información sexual son los hermanos y los amigos (43%), siendo los profesionales la última con un 11% según las estadísticas del INE (29).

Respecto a la edad de inicio de las relaciones sexuales, la media se sitúa entre los 18 y 19 años con un 31%, seguido de un 29% entre 16 y 17 años (22).

Cataluña es una comunidad que, en cuanto a la tasa de interrupción voluntaria al embarazo (IVE), pasó a ocupar una tercera posición, después de ocupar la tasa más alta, detrás de Madrid y Baleares el año 2010. Si observamos esta tasa de IVE por grupos de edad, las adolescentes entre 15 y 19 años representan un 12% según la Generalitat de Catalunya (30).

Por todo lo dicho con anterioridad, el problema planteado es el aumento de embarazos adolescentes año tras año. Este hecho se ve potenciado por la cada vez más temprana edad de inicio en las relaciones sexuales, el no tener una pareja estable y tener relaciones esporádicas, el incremento de relaciones sexuales con algún riesgo implícito, la falta de educación sexual y la falta de previsión. Todo esto les lleva a ser más vulnerables a problemas de salud tales como el embarazo no deseado, infecciones de transmisión sexual como el sida, gonorrea etc.

Una vez visto la magnitud del problema a diferentes niveles, es importante conocer cuáles son los factores de riesgos o factores condicionantes que se pueden relacionar con el inicio precoz de las relaciones sexuales y como consecuencia el riesgo de un embarazo adolescente. Estos son los siguientes:



-Consumo de alcohol, drogas y tabaco: varios estudios (8,11,31–42) corroboran la estrecha relación que existe entre el consumo de hábitos tóxicos y el inicio de una actividad sexual precoz. Con cierta frecuencia, los adolescentes tienden a tener su primera relación sexual bajo el efecto del alcohol y algunos después de haber tomado otro tipo de droga. Bajo estos efectos, se reduce la capacidad de toma de decisiones del adolescente, disminuyéndose así la probabilidad de rechazar una práctica sexual no deseada y, como consecuencia, dando lugar a un posible embarazo o la transmisión de ITS. En un estudio realizado a un grupo escolarizado de adolescentes entre 14 y 18 años de la ciudad de Terrassa (32), se concluyó que el 31% de los encuestados había tenido relaciones sexuales bajo los efectos de sustancias nocivas para la salud tales alcohol, cannabis, cocaína etc.

-Nivel socioeconómico: el bajo nivel económico, una elevada tasa de desempleo, una alta tasa de criminalidad, un bajo nivel de ingresos paternos, una pertinencia a sectores sociales bajos y desprotegidos constituyen factores relacionados con el embarazo adolescente y el inicio de las relaciones sexuales. Estos hechos suponen no poder acceder a métodos anticonceptivos y como consecuente, aumentar el riesgo de un posible embarazo (8,11,13,14,32,38,40,43–46).

-Nivel de estudios: el perfil de la adolescente embarazada es aquella que cursa con unos malos resultados académicos, un alto absentismo escolar y un bajo nivel educativo (8,13,31,36,38,42,44–47).

Según un estudio realizado por la Asian Pacific Journal of Reproduction acerca de los factores sociodemográficos relacionados con el embarazo adolescente (43), confirma que los embarazos precoces se dan más en las adolescentes con unos niveles de estudios básicos (secundaria). Es curioso que el mismo estudio concluye que sus progenitores tienen los mismos niveles.



En otro estudio realizado en un colegio Griego sobre los factores de riesgo de un embarazo adolescente, se observó que el uso del condón prevalece más entre la población adolescente escolarizada que en la que no lo está (36).

-Estructura familiar: la influencia del entorno del adolescente y de su familia, influye en la salud sexual y reproductiva del mismo. Según el manual de salud reproductiva en la adolescencia (11), las hijas de madres adolescentes tienen más probabilidad de ser, en un futuro, ellas mismas madres adolescentes. Además, también se ha demostrado que el nivel de comunicación padres-hijos influye de forma directa con el inicio precoz en las relaciones sexuales.

Varios estudios (8,14,31,32,37,38,44,48,49) concluyen que en la familia donde existe un solo progenitor, donde se han producido otros embarazos precoces, algunos cambios en el estado marital de los padres, una falta de comunicación, una precocidad materna en las relaciones sexuales y maternidad, el haber sido madre soltera, unos comportamientos de cohabitación, una precocidad de los hermanos mayores en relaciones sexuales y maternidad, una falta de apoyo familiar, una madre con nivel de educación bajo, una liberación de costumbres, una falta de educación sexual y unos padres no estrictos son factores condicionantes en un posible embarazo precoz.

En un estudio acerca de las motivaciones para el embarazo adolescente (35), se comenta que éste está asociado con adolescentes que no viven con sus padres durante la pubertad, entre 10 y 14 años de edad. La asociación entre vivir fuera de casa y maternidad adolescente es alta; afirmando que las mujeres jóvenes que habían vivido fuera de casa durante largos períodos de tiempo, eran más propensas a quedarse embarazadas. En cuanto a los motivos por los que no viven con sus familias, la violencia doméstica y la situación familiar precaria son factores clave (34).

Finalmente se ha comprobado que en familias, donde al menos uno de sus miembros está preso, aumenta la probabilidad de que exista un embarazo precoz ya que se



enfrentan con frecuencia una combinación de varios factores de riesgo, aumentando así el impacto negativo en el desarrollo del adolescente (49).

-Factores biológicos: según el manual de salud reproductiva en la adolescencia (11) existe una relación entre el inicio de las prácticas sexuales y la edad de maduración sexual. Con el precoz inicio de la menarquía que se está produciendo, se está acelerando la edad de inicio en las relaciones sexuales. Tal y como argumentan diversos estudios (12,42,43,50–52) ya no solo en nuestro país, sino en otros países de la Unión Europea tales como Irlanda, Portugal como algunos países latinoamericanos como México, Venezuela, los adolescentes se están iniciando cada vez más pronto en la práctica sexual. La edad media de inicio se sitúa entre los 15-19 años.

-Anticoncepción: aunque el método utilizado por excelencia entre la población adolescente es el preservativo se ha comprobado que cada vez menos se hace uso de alguna protección anticonceptiva. Esta negación a usar cualquier tipo de protección anticonceptiva se puede ver condicionada por lo que se denomina una falta de previsión. En las relaciones sexuales puede ocurrir ya que el hecho de que estas sean espontáneas, no planificadas, dificulta el uso de algún método anticonceptivo, y al mismo tiempo, puede darse el caso de una falta de motivación e inseguridad por parte de la joven pareja para su uso, ya sea por dificultades económicas, temor a ser recriminados por su entorno o familiares al verlos comprándolos. Además el uso de un método requiere una cierta práctica y aprendizaje previo, que algunos jóvenes no tienen y no saben cómo obtenerla. Por otro lado también cabe la posibilidad que exista una fuerte presión dentro de la joven pareja; respecto al uso del preservativo. Frases como “el amor verdadero es sin nada entre nosotros”, “con el preservativo se siente menos y se rompe el juego”, “si usamos el condón es porque no te fías de mí” son algunas de las opiniones que en muchas situaciones tiene el chico y el cual,



presiona a la chica, viéndose esta última sin ninguna posibilidad de negociar adecuadamente el uso de algún método anticonceptivo (19,20,27,33,35,53,54).

Según el manual de salud reproductiva en la adolescencia (11), el 30-35% de las primeras relaciones sexuales se realizan sin ninguna protección anticonceptiva. En otras situaciones en cambio, el problema recae en la baja percepción de riesgo en esas edades.

Por otro lado, también se ve relacionado con una falta de educación sexual. La falta de una adecuada y eficaz información sexual, explica la alta incidencia de embarazos precoces en la adolescencia. La responsabilidad de los padres, los profesores o personal sanitario, se diluye y los adolescentes buscan otras fuentes de información como por ejemplo el grupo de amigos, las redes o los medios de comunicación (11).

Se ha comprobado que en numerosas ocasiones, los padres delegan la responsabilidad en terceras personas, dejando así, a un lado, su derecho y deber de educar a sus hijos. Según algunos estudios (19,20,27,32) el 51% de los adolescentes obtienen información acerca de los métodos anticonceptivos de los medios de comunicación, el 49% de su entorno de amigos, el 15% a través de sus familiares y un único 3% a través de los profesionales sanitarios.

-Cultura, raza y etnia: si se relaciona la etnia, la raza y la cultura con el embarazo precoz se puede concluir que la población de color junto con la latinoamericana son las más propensas a tener relaciones sexuales precoces y por consiguiente un mayor riesgo de embarazo a edades tempranas. Las causas pueden recaer en las costumbres y tradiciones de esa región, la falta de presupuesto para realizar una educación sexual eficaz o la alta prevalencia de matrimonio infantil etc. En el continente Africano por ejemplo, la tasa de matrimonio infantil influye de manera muy directa con el embarazo precoz ya sea por presiones familiares o culturales (13).



PORCENTAJE DE NIÑAS ADOLESCENTES EN MATRIMONIO Y TASAS DE NATALIDAD ADOLESCENTE

Regiones en desarrollo	Niñas, 15 a 19 años	
	Actualmente casadas (%)	Tasa de natalidad adolescente
Estados Árabes	12	50
Asia y el Pacífico	15	80
Asia Oriental y el Pacífico	5	50
Asia Meridional	25	88
Europa Oriental y Asia Central	9	31
América Latina y el Caribe	12	84
África Subsahariana	24	120
África Oriental y Meridional	19	112
África Occidental y Central	28	129
Países en desarrollo	16	85

Fuente: Naciones Unidas, 2011; Naciones Unidas, 2012; www.devinfo.org/mdg5b

Figura 5: Porcentaje de niñas adolescentes en matrimonio y tasas de natalidad adolescente (13).

Según el informe acerca del estado de la población mundial en el año 2013 (13), una de cada nueve niñas está obligada a casarse antes de los 15 años en poblaciones como Bangladesh, Chad y Níger. De igual forma, cuanto mayor es la diferencia de edad entre la pareja, mayor es la probabilidad de que la niña se quede embarazada antes de cumplir la mayoría de edad (35,37,39,40,48,55–59).

-Lugar de residencia: si se relaciona el hábitat con el embarazo precoz, se observa más incidencia en el medio rural que en el urbano. Las causas pueden residir en que los jóvenes, en estos territorios, se relacionan en ambientes más permisivos, con variabilidad de grupos de edad, donde empiezan a salir por la noche más temprano, a consumir alcohol y otras drogas etc (35).



En un estudio acerca de las consecuencias del embarazo adolescente (46) donde se estudió la variable lugar de residencia con el riesgo de embarazo adolescente, se obtuvo que un 75% de las encuestadas vivían en pueblos y el 25% en ciudades de más de 10.000 habitantes; criterio que el INE utiliza para clasificar los territorios rurales y urbanos.

De igual forma, en otro estudio confirmó que hubo más casos de embarazos precoces en ambientes rurales que en urbanos (35).

Tal información corrobora también la UNFPA en el informe acerca del estado de la población mundial en el año 2013 (13) donde se observa un mayor porcentaje de natalidad adolescente en zonas rurales. El matrimonio infantil de una niña con un hombre mayor que ella de la misma comunidad o poblado, es un hecho muy común en zonas de África subsahariana.

Si observamos esta variable en otras culturas, tal y como expone el artículo “The sociodemographic factors related with the adolescent pregnancy” (43), la virginidad y el matrimonio son dos temas importantes en la cultura turca. No puede nacer ningún hijo/hija de una pareja que no haya contraído matrimonio. Es por ese motivo que muchas familias sobretodo del medio rural, obligan a sus hijos a casarse antes de los 20 años; hecho que supone que la primera experiencia sexual sea antes de esa edad y aumente así la probabilidad de un embarazo adolescente.

Una vez visto los factores de riesgo o condicionantes en un embarazo adolescente es importante también hablar de sus consecuencias. Cuando este embarazo se ha descubierto, conlleva consigo una serie de repercusiones no solo para la joven adolescente sino también para el bebé que espera y el entorno en que se relaciona. Estas se pueden clasificar en: psicosociales o emocionales, económicas, familiares, educativas y sanitarias.



-Psicosociales o emocionales: el embarazo a esas edades tan tempranas, supone para la joven adolescente un cambio muy brusco en su estilo de vida. El corto periodo de tiempo entre la niñez y la adultez puede desencadenar un periodo de estrés en la adolescente y de impotencia en cómo afrontar la nueva situación. La confrontación inicial de sentimientos es con frecuencia el síntoma predominante en embarazos de estas características. Implica un cumulo de diferentes sentimientos (tristeza, alegría, desesperación, depresión etc.), independientemente de que sea una mala noticia, una sorpresa o una alegría. En un primer momento, la mayoría de las jóvenes embarazadas buscan un apoyo en alguna de sus amigas o en el chico con el que mantienen una relación, sea esporádica o no, ya que consideran que es muy importante para la aceptación social del embarazo. A la vez, la preocupación de la joven en defraudar a sus padres, sobre todo a la madre es otro de los sentimientos que existe (32,35).

El embarazo en una adolescente también puede desencadenar miedo a ser criticada por la sociedad. Puede percibir un rechazo social por el hecho de haberse quedado embarazada tan joven y estrecharse así, el círculo de amistades, como síntoma de la perdida social que supondrá el nacimiento de un hijo (12,13,35).

Finalmente tal es el grado de presión que puede sentir la joven adolescente que se ha dado los casos de suicidio debido a la falta de madurez psicológicamente hablando o alteraciones emocionales que algunas adolescentes han padecido y no han sabido afrontar y solucionar, tal y como se expone en un artículo de la revista colombiana de enfermería (35).

-Económicas: cuando una adolescente se queda embarazada a edades precoces, supone también un problema a nivel económico. En aquellas familias donde existe un apoyo con respecto al embarazo, cambia por completo su estilo de vida. La sobrecarga familiar, el cambio en las prioridades económicas, la dependencia aun mayor de los padres en todos los aspectos son algunas de las repercusiones a nivel económico del embarazo adolescente.



Cuando existe un escaso o nulo apoyo familiar, ya sea la adolescente sola o al lado del padre del bebé, se ven en la obligación en varias ocasiones de buscar un trabajo para poder garantizarse unas mínimas condiciones de vida. Este proceso no es fácil y con frecuencia se puede apreciar la imposibilidad de alcanzar las metas y muchas madres adolescentes tienen que recurrir a centros para madres adolescentes, donde se les ofrece apoyo en diferentes aspectos (12,13,46).

A nivel comunitario los embarazos precoces también suponen un gasto económico; el hecho de invertir en programas de educación sexual y que estos no tengan el resultado que se espera, es decir, disminuir la incidencia de embarazos en la adolescencia, supone una pérdida de dinero para el país. De igual forma, pueden surgir costes relacionados con la demanda sanitaria para el tratamiento de las complicaciones de abortos a edades tan jóvenes (12,13,46).

-Familiares: a nivel familiar un embarazo adolescente puede repercutir negativamente en su estructura y vínculo. La falta de apoyo de los padres puede ser una consecuencia directa de un embarazo de estas características, obligando a abandonar el hogar familiar a la joven adolescente. Por otro lado, la falta de apoyo de la pareja también supone un riesgo familiar para la adolescente. El hecho de afrontar la nueva situación siendo madre soltera puede repercutir en el desarrollo socioeconómico, donde se hace más difícil establecer un hogar estable y, a la larga también puede influir en el crecimiento del bebé, a quien le faltará la figura de un padre (31,41,60).

En algunas familias el matrimonio es impuesto cuando existe un embarazo precoz, creyendo solucionar de esta manera el problema, dándole legitimidad social. Esta nueva situación supone otra repercusión para el joven matrimonio; un difícil desarrollo psicológico y personal (13,31).



Suele ocurrir además, que los hijos de estos matrimonios, alcanzan un desarrollo socioeconómico y cultural menor que los hijos de matrimonios más mayores ya que se caracterizan por un núcleo familiar de bajo nivel tanto económico como educativo (13,31).

Finalmente un embarazo adolescente puede desencadenar dos situaciones de gran importancia; la adopción y el aborto (13,31). Las dos suponen una fuerte responsabilidad y difícil decisión para la adolescente.

En nuestro país, hasta el momento se aplica la Ley Orgánica 2/2010 de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo (61). En el artículo 13 de requisitos comunes en la interrupción voluntaria del embarazo, el cuarto punto habla del aborto en el embarazo adolescente: *“En el caso de las mujeres de 16 y 17 años, el consentimiento para la interrupción voluntaria del embarazo les corresponde exclusivamente a ellas de acuerdo con el régimen general aplicable a las mujeres mayores de edad. Al menos uno de los representantes legales, padre o madre, personas con patria potestad o tutores de las mujeres comprendidas en esas edades deberá ser informado de la decisión de la mujer. Se prescindirá de esta información cuando la menor alegue fundadamente que esto le provocará un conflicto grave, manifestado en el peligro cierto de violencia intrafamiliar, amenazas, coacciones, malos tratos, o se produzca una situación de desarraigo o desamparo”* (61).

Actualmente el gobierno ha decidido crear un anteproyecto de ley orgánica para la protección de la vida del concebido y de los derechos de la mujer embarazada (62) donde con respecto al aborto en edades tempranas se ha acatado que *“si fueran menores entre 16 y 18 años, no emancipadas o mayores de edad sujetas a curatela, se requerirá su consentimiento y el asentimiento de los titulares de la patria potestad, tutor o curador, según proceda. Si fueran menores de 16 años o mayores de edad sujetas a tutela, además de su manifestación de voluntad, se precisará el consentimiento de sus progenitores, si ejercieran la patria potestad, o de su tutor”* (62).



Ante esta intención son algunos sectores sociales los que se han pronunciados a favor o en contra de este anteproyecto.

La Federación de Planificación Familiar Estatal (FPFE) (63) por ejemplo ha rechazado totalmente el contenido del proyecto, solicitando su retiro y aplicándose de nuevo la ley del año 2010. Argumenta que esta “nueva ley” pretende acabar con el derecho a decidir de las mujeres y la concepción integral de salud sexual y reproductiva. Comentan que con este proyecto, la intención del gobierno es situar a España en el grupo de países con leyes restrictivas en salud sexual como es el caso de Malta o Irlanda. Según la FPFE una ley restrictiva no va a hacer que disminuya el número de abortos adolescentes ya que tal y como comenta la OMS en el informe acerca del aborto sin riesgo del año 2012 (64) ya sea que el aborto esté o no restringido por la ley, la probabilidad de que una mujer se someta a un aborto por un embarazo no deseado es prácticamente la misma.

Por otro lado, algunos referentes de la sociedad eclesiástica española se han posicionado a favor del anteproyecto, argumentando que “mejora la anterior porque parte de un principio ético distinto”. De igual forma, sostienen que “el embrión, el niño que aun no ha nacido, tiene derecho a la vida desde que es concebido”.

-Educativas: en la mayoría de veces que una adolescente se queda embarazada, es muy difícil compaginar los estudios con la nueva vida. Según un estudio acerca de las características poblacionales y factores asociados al embarazo adolescente en Colombia (42) gran parte de las adolescentes embarazadas estaban estudiando secundaria en el momento del embarazo. Es por este motivo, que muchas de ellas se vieron obligadas a abandonar sus estudios, dejando así momentáneamente o definitivamente su formación (12).



Corroborando tal información, en un estudio acerca de las motivaciones para el embarazo adolescente (35) solo 2 de las encuestadas manifestaron la voluntariedad de seguir con los estudios y a la vez con el embarazo. Por otro lado, las 14 restantes afirmaron haber dejado los estudios antes del embarazo o como consecuencia del mismo.

Otro dato a destacar y según el informe acerca del estado de la población mundial en el año 2013 (13), es la alta incidencia de embarazos adolescentes que existe en regiones africanas. Estos, traen consigo un alto abandono escolar, ya sea por obligación familiar o prohibición de la posibilidad de regresar del propio centro de estudios. El mismo documento demuestra que solo entre un 5-10% de las niñas abandonaron sus estudios o fueron expulsadas del centro donde estudiaban como consecuencia de un embarazo. Sin embargo se desenmascaró que cabía la posibilidad de que la razón fuera por una formación de una unión de hecho, es decir, de un matrimonio infantil (13).

Comentar también, que este problema de una educación truncada como consecuencia de un embarazo precoz no es solo característico de los países en desarrollo. En los Estados Unidos, según la UNFPA (5), en el año 2011 nacieron 329.772 niños de madres adolescentes entre 15 y 19 años de edad. Solo la mitad de estas niñas pudieron completar su educación secundaria a los 22 años de edad. En cambio, nueve de cada diez niñas que no quedan embarazadas en la adolescencia obtienen su diploma secundario antes de los 22 años (13).

Finalmente, como dato curioso, en un artículo publicado en el periódico "El País" el 20 de Febrero de 2014, se hablaba del embarazo visto por un grupo de adolescentes de América Latina como vía de escape a una situación de insatisfacción. Las encuestadas comentaban que se sentían solas y que los estudios no les aportaban nada. Pensaban que quedándose embarazadas tan jóvenes dejarían de tener ese sentimiento, se convertirían en adultas, cambiaría su situación a mejor, tendrían una estabilidad familiar y darían sentido a la vida. Por esta razón, dejaron de utilizar métodos



anticonceptivos en las relaciones sexuales a pesar de conocerlos y asumiendo el riesgo que eso supone (65).

-Sanitarias: el embarazo adolescente como se ha dicho en varias ocasiones, supone un problema de salud pública debido a sus características definitorias. Es un embarazo en muchas ocasiones mal controlado por parte de las jóvenes madres, las cuales no guardan una frecuencia en las visitas prenatales. Las gestantes adolescentes, inician el control del embarazo más tarde que una embarazada adulta, y el inicio es más tardío cuanto más joven sea la mujer.

Con frecuencia, la primera visita prenatal es al 4 mes de gestación (segundo trimestre). Este retraso condiciona la continuidad de las demás visitas; el número total de visitas prenatales en un embarazo adolescente es, por lo general, inferior a las gestantes de mayor de 20 años. Una actitud negativa con respecto al personal sanitario o falta de percepción acerca de un buen control en el embarazo son algunos factores causales que explican la falta de periodicidad de un embarazo precoz (11). De este modo, es imprescindible educar y apoyar a la adolescente acerca de la implicación que tiene un embarazo a una edad temprana. Con esta intervención, disminuirá la probabilidad de complicaciones para su propia salud como para el bebé que espera.

Las mujeres adolescentes embarazadas están más predispuestas a complicaciones sanitarias tales como la hipertensión inducida por el embarazo, la preeclampsia y la eclampsia, la poca ganancia de peso, las hemorragias, la anemia, el embarazo prematuro, el trabajo de parto prolongado, las lesiones postparto como desgarros, la desproporción céfalopélvica y la muerte materna (12,13,31,42,47).

Por lo que se refiere a la anemia, varios estudios concluyen que ésta es una de las complicaciones más frecuentes en adolescentes embarazadas debido a su mala e inadecuada alimentación, donde los caprichos y malos hábitos son predominantes (13,47).



Las lesiones postpartos o la desproporcion céfalopélvica se relacionan a una falta de desarrollo de la estructura pélvica materna en una adolescente. Este hecho puede aumentar el número de embarazos distócicos e instrumentados en este grupo de población como consecuencia de un trabajo de parto prolongado y peligroso para la salud de la madre y el bebé. Debido a esta falta de madurez física, se ha demostrado que puede que la joven embarazada desarrolle una fistula obstétrica. Esta, es una enfermedad debilitante que causa incontinencia en la mujer y que, en la mayoría de los casos puede incluso provocar la muerte al bebé en la primera semana de vida (13,47). Según el informe de salud acerca del estado de la población mundial en el año 2013 (13), una de cada tres mujeres en el continente africano, informó que se había producido durante la adolescencia.

Por las consecuencias que puede suponer un embarazo adolescente en la salud del bebé se encuentran una alta mortalidad, una asfixia severa, una malformación congénita y un bajo peso al nacer (41).

Este último se puede ver condicionado por el consumo de hábitos tóxicos como el alcohol o el tabaco de la madre adolescente como se concluye en varios estudios (12,42,46,47,66,67) y con especial hincapié en el estudio donde se afirma que el consumo de tabaco influye en el peso del bebé, siendo este menor en madres fumadoras que en las que no lo son (68).

Finalmente comentar que según un estudio acerca de las complicaciones en un embarazo adolescente (67), el test de APGAR de un bebé de una madre adolescente obtiene menor puntuación (< 7 en 5 minutos) que otro recién nacido.

Después de haber visto las consecuencias que puede conllevar un embarazo de estas características en los diferentes ámbitos, se debe resaltar la necesidad de llevar a cabo una prevención. Para ello, se ha demostrado que el mejor medio es la Educación Sexual.



La educación sexual es un el conjunto de actuaciones llevadas a cabo de manera formal o informal cuyo objetivo es educar a los adolescentes en la sexualidad, resolviendo sus dudas, preocupaciones, haciéndoles reflexionar, promoviendo el uso de métodos anticonceptivos, aumentando los conocimientos acerca de las conductas protectoras y de riesgo y desarrollando su bienestar sexual. Esta se debe basar en un concepto positivo de salud, que integre la sexualidad desde un punto de vista biopsicosocial (8,47,69,70).

Actualmente, existen muchas fuentes de información acerca de la sexualidad pero, no todas son adecuadas ni rigurosas. Las redes sociales, los teléfonos móviles y la imagen distorsionada de algunos colectivos hacen que exista una información equivocada, machista y a veces degradante para las personas.

Por todo esto, debemos potenciar una educación sexual pautada, reflexiva, adulta y responsable desde el ámbito familiar y escolar, preparando a los jóvenes al ejercicio de su sexualidad. Como consecuencia, se reduciría la tasa de embarazos así como sus consecuencias, contribuyendo a una etapa ilusionante, llena de oportunidades y metas por cumplir.



OBJETIVOS

Para profundizar en el tema y así, poder llegar a una serie de conclusiones, se han planteado una serie de objetivos:

OBJECTIVO GENERAL

Crear un Programa de Educación Sexual y Reproductiva dirigido a adolescentes de entre 14 y 18 años de la ciudad de Lleida con el fin de prevenir embarazos no deseados a través de la creación y/o utilización de un blog de salud sexual para jóvenes.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Evitar conductas y comportamientos de riesgo en salud sexual de los adolescentes entre 14 y 18 años que participan en el programa.
2. Resolver las dudas más frecuentes sobre sexualidad que puedan surgir entre los adolescentes que participan en el programa.
3. Trabajar la autoestima y autoconcepto, los hábitos, actitudes y conductas saludables y adecuadas (igualdad, respeto y tolerancia) hacia la sexualidad, fomentando una imagen corporal ajustada a su realidad y libre de estereotipos.



METODOLOGIA

PREGUNTAS INICIALES

Al principio del trabajo se plantearon una serie de preguntas, las cuales a lo largo del proyecto se han ido respondiendo. Estas son:

- Respecto al embarazo adolescente: ¿Cuál es la magnitud del problema a nivel mundial, nacional y territorial?
- ¿En qué grado se relacionan las enfermedades de transmisión sexual y los adolescentes?
- ¿Qué método o métodos anticonceptivos son los más utilizados por los jóvenes en nuestro país?
- ¿Cuáles son las fuentes de información sexual para los adolescentes?
- ¿Cuáles son los factores de riesgo en un embarazo adolescente?.
- ¿Cuáles son las consecuencias de un embarazo precoz?.
- ¿Cuál es el mejor medio para prevenir un embarazo de estas características?
- ¿Hoy en día, los adolescentes tienen suficiente información acerca de la sexualidad y afectividad?
- ¿Qué relación existe entre la autoestima/autoconcepto y la sexualidad?.

POBLACIÓN DIANA

La población a la que va dirigida la intervención son los adolescentes de entre 14 y 18 años de la ciudad de Lleida que quieran acceder al blog de salud sexual.

PROFESIONALES A LOS QUE VA DIRIGIDO

Al blog, además de cualquier adolescente interesado en el tema, podrá acceder todo profesional del ámbito sanitario, educativo que lo desee. El blog de salud sexual será un enlace donde se podrá obtener información acerca de la sexualidad.

METODOLOGIA DE BÚSQUEDA

Para la obtención y consulta de información se han utilizado diferentes tecnologías de la información y comunicación (TIC's):

Base de datos: se han consultado Pubmed, Tripdatabase, Scopus, Scielo, Google Scholar y Cuiden. En todas se ha fijado como intervalo de tiempo los años 2010-2014, ambos incluidos. En referencia a los idiomas, se han utilizado el español y el inglés. Finalmente, algunos de los descriptores utilizados han sido ["Adolescent" (and) "Pregnancy"], ["Risc factor" (and) "Adolescent" (and) "Pregnancy"], ["Unintended" (and) "Pregnancy"], ["Teenager" (and) "Pregnancy"], ["Profile of Adolescent Mother"], ["Risk in Adolescent Pregnancy"].

Asociaciones del territorio nacional: Asociación catalana de matronas, Asociación Española de Matronas, Asociación de Matronas de Madrid, Asociación Científica de Matronas de Aragón, Asociación Andaluza de Matronas etc. De la mayoría de ellas, se han obtenido diferentes documentos que constan en la bibliografía. Otras en cambio, han sido útiles para documentarse previamente en algunos aspectos del trabajo.

Páginas webs: Gencat, Centro Joven de Anticoncepción y Sexualidad (CIAS), Atención a la salud sexual y reproductiva (ASSIR), Consejo de la Juventud de España (CJE), Federación de Planificación Familiar Estatal (FPFE), Asociación Española para la Salud



Sexual (AESS), Sociedad Española de Contracepción (SEC), Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia (SEMA), Instituto Nacional de Estadística (INE), Instituto de Estadística de Cataluña (IDESCAT), Instituto Europeo de Estadística (EUROSTAT), Agencia de Salud Pública de Barcelona (ASPB), Fundación Sexpol, Center for Adolescent Pregnancy Prevention, Fistera, Organización Mundial de la Salud (OMS), Medline, Instituto de la Juventud (INJUVE), European Association of Pediatric and Adolescent Pregnancy, Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil (SAGIJ), Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), Unión de Asociaciones Familiares (UNAF).

Buscadores de Revistas y Portales: Myathens mediante el cual se ha accedido a diversas revistas y buscadores tanto nacionales como extranjeros como Enfermería Global, Journal of Pediatric and Adolescent Pregnancy, ScienceDirect o Wiley Online Library.

SINTESIS DE LA EVIDENCIA ENCONTRADA

El embarazo en adolescentes es un problema de salud pública a nivel mundial. Casi la tercera parte de embarazos que se producen anualmente, son no deseados y gran parte de estos se dan durante la adolescencia. Este se produce en mayor incidencia en países en desarrollo pero no pasa desapercibido en países desarrollados. De las regiones en desarrollo, África Occidental y Central tienen el mayor porcentaje de embarazos precoces tal y como se comenta en el “Informe acerca del estado de la población mundial en el año 2013” (13) y en artículo “Intervención de enfermería durante la clínica prenatal y conocimiento sobre riesgos fisiológicos de la adolescente embarazada” (14).



Por otro lado, en países del continente Americano tales como México, Guatemala o Venezuela, la tasa de natalidad adolescente es la más alta en el grupo de países desarrollados, según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (15) junto con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (5) en el informe anteriormente citado.

A nivel nacional, España es el 20º país miembro de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), con mayor tasa de fecundidad adolescente (13). Por otro lado, la edad media de inicio de las relaciones sexuales se sitúa en los 15,9 años, en la franja de edad de 15 a 19 años, según la ESHS (19) del INE y el sondeo de opinión del Instituto de la Juventud (INJUVE) realizada el año 2003 (21).

A nivel territorial, Cataluña pasó a ocupar una tercera posición, después de ocupar la tasa más alta, detrás de Madrid y Baleares el año 2010 en cuanto a la tasa de interrupción voluntaria al embarazo (IVE). Si se observa con detalle esta tasa por grupos de edad, las adolescentes entre 15 y 19 años representan un 12% según la Generalitat de Catalunya (30).

Actualmente se conocen algunos factores de riesgo que se relacionan con el inicio de las relaciones sexuales precoces y como consecuencia con el embarazo adolescente. Mucha de la bibliografía consultada (8,11,13,31,32,35–38,40–42,45,48,49,51,55) concluye que el consumo de hábitos tóxicos como el alcohol o las drogas, un bajo nivel económico, una elevada tasa de desempleo, un alto absentismo escolar y un bajo nivel educativo, una núcleo familiar desestructurado donde existen embarazos precoces anteriores, ausencia de algún progenitor, una falta de apoyo y comunicación entre sus miembros, una falta de previsión y conocimiento acerca de la anticoncepción, la cultura o la raza y el lugar de residencia son algunos de los parámetros que pueden condicionar la aparición de un embarazo de estas características.



Una vez este embarazo se ha producido, conlleva unas consecuencias en diferentes niveles ya no solo para la joven madre sino también para el bebé que espera y el entorno en que vive. Estas se clasifican en psicosociales o emocionales, económicas, familiares, educativas y sanitarias. Todas ellas suponen un gran impacto en la vida de la adolescente y entorno, cambiándole de forma radical su vida a corto y largo plazo como se comenta en gran parte de la bibliografía consultada (12,13,31–34,41,46).

Finalmente y debido a la alta incidencia de casos de embarazadas adolescentes a nivel mundial, es necesario aumentar su prevención. Los programas de Educación Sexual se ha demostrado que es el mejor medio para llevarlo a cabo (6,8,11,18,44,47,66,69–86).

De esta forma, abordando los aspectos relacionales, afectivos y éticos de la sexualidad y favoreciendo una práctica sexual adulta y responsable se podrán conseguir los conocimientos, las capacidades y las actitudes necesarias para la toma de decisiones durante el presente y el futuro del adolescente.



INTERVENCION

La intervención de este trabajo se basa en la creación de un Programa de Educación Sexual y Reproductiva con nombre “El rincón joven de Lleida”. Una de las actividades es la creación de un blog de salud sexual, cuyo enlace es <http://elrinconjovendelleida.blogspot.com.es/> dirigida a todos aquellos adolescentes entre 14 y 18 años que estén interesados.

Respecto a la estructura del blog, se observan tres espacios diferentes. Estos son:

Espacio “Sabias...”

Finalidad: Respondiendo al primer objetivo del trabajo, se crea este apartado como fuente de información donde se abordan diferentes temas y cuestiones relacionadas con la sexualidad, la afectividad y la anticoncepción. El objetivo principal es incidir en el joven y que este pueda decidir cómo, cuándo y con quien quiere disfrutar de la sexualidad pero, siempre de forma libre y responsable; evitando así conductas y comportamientos de riesgo en salud sexual.

Estructura: Compuesto por tres apartados.

- 1. Sexualidad y Afectividad:** la amistad, el amor, la estima, la atracción, la primera vez, el embarazo, el comportamiento sexual, la autoestima y el autoconcepto y las infecciones de transmisión sexual son temas que se encuentran en este apartado.
- 2. Anticoncepción:** se les informa acerca de los diferentes métodos anticonceptivos; tanto los masculinos como los femeninos.
- 3. Anticoncepción de emergencia:** definición, cuando utilizarla, como se debe utilizar, los efectos secundarios, donde conseguirla etc.



Consideraciones: Este espacio se crea a partir de la información y opinión de los diferentes profesionales que forman parte del programa: profesional enfermero, profesional médico y profesional de psicología. Finalmente se puede acceder en cualquier momento del día a tal, sin ningún tipo de acceso identificador previo.

Espacio “Entre tú y yo”:

Finalidad: En relación al segundo objetivo planteado, se crea este apartado como buzón de dudas donde el adolescente puede formular cualquier tipo de pregunta o inquietud y explicar sus experiencias; ya sea vía email como vía telefónica. El usuario se puede poner en contacto con profesionales de la medicina tales como ginecólogos, enfermeros o psicólogos, formados en sexología y educación sexual y juventud, los cuales le informaran y le orientaran siempre de una forma personalizada, anónima y confidencial.

Contacto: Si el contacto es vía email, solo se habrá de rellenar un formulario (*Ver Anexo 2*). Si por lo contrario, prefiere contactar vía telefónica, el número de contacto es el 973222324 y el horario de atención es de Lunes a Jueves de 11 a 13h y de 18 a 20h y Viernes, Sábado y Domingo de 17 a 22h.

Consideraciones: Comentar que tanto en el formulario como en la llamada telefónica se pregunta si es la primera consulta con el fin de garantizar y preservar el anonimato y la confidencialidad de la consulta, así como evitar cualquier relación y confianza entre algún usuario y profesional.



Espacio: “Entre todos nos ayudamos”:

Finalidad: Sección creada como chat con el fin de abordar cualquier tema relacionado con la sexualidad e incidir en el adolescente respecto a su salud sexual de manera dinámica y colectiva.

Horario: Abierto cada día de 17 a 22h.

Consideraciones: Moderado por un profesional enfermero se puede plantear algún tema de interés y entre todos los miembros conectados se tratará, donde cada uno de ellos expondrá su opinión y experiencia.

Después de comentar la estructura del blog, se explica el medio de difusión del mismo. Se llevará a cabo a través de cuatro vías: mediante las redes sociales (Facebook y Twitter), posters informativos en los centros de salud, un anuncio en la página web del Ayuntamiento y dos talleres en algunos centros educativos de la ciudad.

En referencia a la primera vía de difusión, se creará un perfil en cada una de las redes anteriormente citadas, donde se invitará a todos los adolescentes de entre 14 y 18 años de la ciudad de Lleida a formar parte. De esta forma se acogerá a un gran grupo social y cabrá la posibilidad de ampliarlo mediante la difusión individual de cada miembro a su entorno más próximo. Los perfiles llevaran el mismo nombre del blog, es decir, “El Rincón Joven de Lleida”.

Por otro lado, se colgará un anuncio en la página web de “La Paeria”, para que todo usuario interesado pueda acceder desde allí al bloc.

En referencia a los posters informativos, se proporcionaran a los diferentes CAP's de la ciudad de Lleida con el fin de que se conozca el blog y de esta forma se pueda acceder en cualquier momento.



Para responder al tercer objetivo planteado en el trabajo, la autoestima y autoconcepto así como las actitudes y hábitos adecuados hacia la sexualidad, se trabajarán mediante dos talleres en todos los centros de educación de la ciudad de Lleida que estén interesados.

Tal y como se ha comentado, en el primer taller se abordarán la autoestima y el autoconcepto; dos conceptos muy importantes por lo que hace al adolescente.

Si los definimos, la autoestima es aquel sentimiento de aceptación y aprecio hacia uno mismo. Este sentimiento se aprende a lo largo de la vida, mediante la autovaloración que cada individuo hace acerca de su comportamiento y de la asimilación e interiorización de la opinión del entorno en que se relaciona. Se podría incluso afirmar que la autoestima es una necesidad psicológica básica que hemos de cubrir para alcanzar un desarrollo armónico con nuestra personalidad.

Por otro lado, el autoconcepto se define como el grado de conciencia que cada persona tiene acerca de sí misma, de cuáles son los rasgos de la personalidad, cualidades y características más significativas de la manera de ser de cada uno. El hecho de reconocer y admitir todas las partes de uno mismo, las positivas como las negativas, los puntos fuertes y los débiles forman parte del autoconcepto.

Ambos conceptos se relacionan muy estrechamente con la adolescencia y en temas como la sexualidad. Esta etapa, se caracteriza por el acumulo de cambios, ya sean físicos como emocionales así como las inseguridades, la vergüenza y los complejos. De esta forma, la adolescencia es uno de los periodos más críticos para desarrollar la autoestima. El motivo reside en que el adolescente todavía no tiene una identidad bien definida y, como consecuente, la forma en cómo se sienta y se perciba, influirá directamente en las acciones que desarrolle y también en la manera en que será percibido por los demás. Es por eso que se puede decir que la autoestima y el autoconcepto influyen en el adolescente en diferentes áreas. Algunas de estas son: el



aprendizaje, la superación de dificultades, la responsabilidad, la relación social, la autonomía y la sexualidad. En esta última es importante comentar que en el grado en que se acepte el adolescente, influirá en el desarrollo de su identidad y su comportamiento sexual, llevando a cabo acciones de riesgo o no.

De esta forma, el primer taller que se llevará a cabo se resume en la siguiente tabla.

Taller 1: ¿Considero que valgo la pena? La autoestima y el autoconcepto.	
Objetivos: Favorecer la autoestima y el autoconcepto del adolescente.	
Mejorar la confianza y comunicación del grupo.	
Duración: 1h.	
Lugar: Gimnasio de la escuela. Si el colegio no dispone de estas instalaciones, se desarrollará en el patio o en otra sala adecuada para su realización.	
Material necesario: Folios, celo y rotuladores.	
Profesional que lo va a realizar: Un profesional enfermero acompañado por un profesional de la psicología.	
Actividades a realizar:	
	<ul style="list-style-type: none">• Presentación e Introducción (duración 10 minutos): se presentarán los responsables de la sesión y la actividad a los alumnos. A continuación se definirán ambos conceptos (autoestima y autoconcepto) siempre incitando a los alumnos a que participen y den su opinión.• Actividad 1 “Mi propio árbol” (duración 10 minutos): individualmente cada alumno se dibujará a sí mismo personificado en un árbol. Este árbol deberá



tener sus raíces (cualidades definitorias), sus ramas (cosas positivas), sus hojas (aquello que quería cambiar) y sus frutos (sus éxitos y metas).

- **Actividad 2 “El pequeño bosque” (duración 10 minutos):** en grupo de 4-5 miembros, cada persona comentará con el resto de sus compañeros su árbol.
- **Actividad 3 “Un paseo por la naturaleza” (duración 15 minutos):** cada uno de los alumnos llevara consigo el dibujo de su árbol. A continuación se les explicará que deberán ir “paseando por la naturaleza”, observando los diferentes árboles de sus compañeros. De esta forma, cuando encuentren un árbol, leerán las características del mismo y le podrán añadir alguna raíz y rama más que consideren importante.
- **Actividad 4 “Puesta en común” (duración 15 minutos):** la última de las actividades del taller. En esta se les preguntará a los alumnos acerca del taller desarrollado (si les ha gustado, como se han sentido durante el paseo por la naturaleza, qué árbol les ha gustado más aparte del propio, que árbol se parecía al suyo, como se han sentido después de la actividad). También se escuchará cualquier sentimiento o inquietud que algún o algunos alumnos quieran compartir con el resto del grupo.

Finalidad del taller: Con este taller de autoestima y autoconcepto se pretende que los adolescentes sean capaces de definirse a ellos mismos, con las cualidades positivas y negativas, compartirlos con los demás y detectar cualquier sentimiento de baja autoestima entre el alumnado para intentar solucionarlo.

Después de exponer el primer taller, se explica el segundo; el cual se trabajarán algunos temas relacionados con la sexualidad.



Como ya se ha mencionado a lo largo del trabajo, la alta incidencia de embarazados no deseados en la adolescencia a nivel mundial junto con actitudes de riesgo, desconocimiento y actitudes de rechazo por parte de los adolescentes en relación con la sexualidad son los motivos principales para llevar a cabo este segundo taller; que se resumen en la siguiente tabla.

Taller 2: La sexualidad es cosa de todos.

Objetivos: Trabajar diferentes aspectos acerca de la sexualidad con los adolescente y contribuir a la reflexión.

Prevenir las conductas de riesgo en las relaciones intimas entre los adolescentes.

Poder expresar cualquier sentimiento u opinión delante del grupo.

Observar algunos de los mitos en la sexualidad.

Duración: 1h y 20 minutos.

Lugar: Salón de actos de la escuela.

Material necesario: -----

Profesional que lo va a realizar: Un profesional enfermero acompañado por un profesional de la psicología.

Actividades a realizar:

- **Introducción (duración 5 minutos):** se presentarán los responsables de la sesión y la actividad a los alumnos.
- **Actividad 1 “Un poster entre todos” (duración 20 minutos):** en el primer taller



realizado, se habrá comentado a los alumnos que para este segundo habían de traer 4 fotografías, recogidas en diferentes medios (revistas, periódicos, internet etc), relacionadas con el termino sexualidad desde su punto de vista.

Se preguntará a varios alumnos, los cuales habrán de enseñar al resto del grupo las fotografías escogidas y el motivo por el que las relaciona. Con esta actividad, se pretende crear un clima de confianza en el cual todo adolescente que quiera, tenga la oportunidad de expresarse y recoger en una lista aspectos que tengan relación con la sexualidad.

- **Actividad 2 “Role-playing” (duración 40 minutos):** un grupo de alumnos voluntarios, escenificaran diversas situaciones delante del grupo, el cual tendrá que valorar la actitud representada.

Las situaciones escogidas serán:

1. *Dos amigas quedan para ir al cine. De camino, una de ella le comenta a su amiga que en vez de ir a ver una película, le acompañe a hacerse el test de embarazo, ya que en una de las relaciones con su novio, no tomaron precauciones y hace días que no le viene la menstruación. Cree que está embarazada y está muy preocupada.*
2. *Tres amigas hablan acerca de “la primera vez”. Una les comenta que su novio le ha insistido en varias ocasiones en tener relaciones pero que no está segura y por eso nunca se han acostado. Tiene miedo a que por este motivo la deje y cree que en la siguiente proposición le dirá que sí.*

El papel de las otras dos amigas debe de ser: una de ellas es virgen y le recomienda que hasta que no esté segura no lo haga porque después se puede arrepentir. La otra amiga, le comenta que su primera vez fue a los 14 años con un chico mayor que ella y que le paso lo mismo, se vió obligada



por la situación por miedo a que le dejase. Esta le comenta que haga lo que su novio quiere, porque sino la dejará y lo pasará mal.

3. *Un amigo confiesa que es homosexual. Su grupo de amistades no lo acepta y a partir de ese momento le hacen “bullying” en la escuela; le insultan, lo anuncian por todo el colegio etc.*

Una vez representadas las situaciones, se creará un ambiente de discusión y debate. En primer lugar se les preguntará a los voluntarios como se han sentido durante la representación. A continuación y, con ayuda de todo el grupo se analizará cada situación por separado, estudiando el problema planteado, los actitudes positivas y negativas que se han observado y cual hubiese sido la mejor opción para resolver el problema.

Finalidad del taller: Con este taller se pretende que los adolescentes sean capaces de expresarse de manera libre y sin ningún tipo de estereotipo delante de sus compañeros, resolver cualquier tipo de duda respecto a la sexualidad y analizar diferentes situaciones de riesgo.

Al final de cada taller se pasará una encuesta acerca de las actividades realizadas para observar la satisfacción del alumnado (*Ver Anexos 3 y 4*). En ambos talleres se le recordará al alumnado el blog para que tengan la oportunidad de acceder.



CRONOGRAMA DEL PROGRAMA

El programa de Educación Sexual y Reproductiva “El rincón joven de Lleida” se realizará siguiendo el cronograma que a continuación se muestra.

NOVIEMBRE-DICIEMBRE 2014							
Durante estos meses se realizaran las siguientes actividades:							
1. <i>Diagnóstico de la situación</i> : análisis del entorno, población diana, objetivos etc. También se llevará a cabo la búsqueda de los profesionales que formaran parte del programa.							
2. <i>Primera reunión del equipo</i> . En esta se hablará acerca del primer punto y de la creación del blog de salud sexual y todos sus contenidos. De igual forma se planteará la intención de difundirlo mediante las redes sociales, el ayuntamiento, los centros de salud y los centros educativos.							
ENERO 2015							
			1	2	3	4	6-8 Enero: Reuniones para concretar organización del blog (equipo de creación y diseño, equipo de los diferentes espacios). 23 Enero: Reunión. Presentación al equipo del modelo de blog con todos sus contenidos. 28 Enero: Puesta en marcha del blog, anuncio en la Paeria y creación perfil redes sociales Facebook y Twitter.
5	6	7	8	9	10	11	
12	13	14	15	16	17	18	
19	20	21	22	23	24	25	
26	27	28	29	30	31		
FEBRERO 2015							
						1	Todos los días del mes estarán abiertos los espacios “entre tú y yo” y “entre todos nos ayudamos” respetando los horarios
2	3	4	5	6	7	8	
9	10	11	12	13	14	15	



16	17	18	19	20	21	22	respectivamente.
23	24	25	26	27	28		<p><i>2 Febrero:</i> Creación posters informativos para los centros de salud.</p> <p><i>12 Febrero:</i> Reunión. Tema: Acogida y popularidad del blog junto con los perfiles en las redes sociales. Mejorar o cambiar cualquier aspecto oportuno.</p>
MARZO 2015							
						1	<p>Todos los días del mes estarán abiertos los espacios “entre tú y yo” y “entre todos nos ayudamos” respetando los horarios respectivamente.</p> <p><i>4 Marzo:</i> Reunión. Tema: Realización de los dos talleres en los centros educativos.</p> <p><i>Semanas 9-13 y 16-20 Marzo:</i> Contacto con los centros educativos interesados en los talleres. Se concretaran días para su realización.</p> <p><i>23 Marzo:</i> Realización horario talleres.</p> <p><i>25 y 27 Marzo:</i> Realización talleres en centro educativo.</p>
2	3	4	5	6	7	8	
9	10	11	12	13	14	15	
16	17	18	19	20	21	22	
23	24	25	26	27	28	29	
30	31						
ABRIL 2015							
		1	2	3	4	5	<p>Todos los días del mes estarán abiertos los espacios “entre tú y yo” y “entre todos nos ayudamos” respetando los horarios respectivamente.</p> <p><i>Días marcados:</i> Realización talleres en los</p>
6	7	8	9	10	11	12	
13	14	15	16	17	18	19	
20	21	22	23	24	25	26	
27	28	29	30				



							diferentes centros educativos. 27 Abril: Reunión. Tema: aspectos a destacar que se quieran mejorar o cambiar. Se comentará el nombre de visitas en las diferentes TIC's.
MARZO 2015							
				1	2	3	Todos los días del mes estarán abiertos los espacios “entre tú y yo” y “entre todos nos ayudamos” respetando los horarios respectivamente. Días marcados: Realización talleres en los diferentes centros educativos.
4	5	6	7	8	9	10	
11	12	13	14	15	16	17	
18	19	20	21	22	23	24	
25	26	27	28	29	30	31	
JUNIO 2015							
1	2	3	4	5	6	7	Todos los días del mes estarán abiertos los espacios “entre tú y yo” y “entre todos nos ayudamos” respetando los horarios respectivamente.
8	9	10	11	12	13	14	
15	16	17	18	19	20	21	
22	23	24	25	26	27	28	
29	30						
							8 Junio: Entrega por escrito de las memorias de los talleres realizados. Evaluación talleres. 19 Junio: Última reunión. Conclusiones. Evaluación blog y redes sociales.



CONSIDERACIONES ÉTICAS

La ética se define como el estudio fisiológico de la moral. Esta disciplina se aplica en el ámbito sanitario y se distingue la bioética o ética aplicada a las ciencias de la vida y la deontología o ética aplicada al ejercicio de una profesión.

De este modo y haciendo referencia al concepto de bioética, fue en el año 1978 cuando se creó el conocido “Informe Belmont” (87). Este documento recoge los principios éticos que se deben seguir en relación con la protección de los sujetos humanos en la experimentación. Estos principios son cuatro (87,88):

- ✚ *Principio de Autonomía:* se debe tratar al ser humano como ser autónomo e individual. En caso que la persona tenga la autonomía disminuida, tiene derecho a ser protegido.
- ✚ *Principio de Beneficencia y Principio de no Maleficencia:* se debe intentar evitar causar cualquier daño y a la vez, maximizar al máximo los beneficios y disminuir los posibles riesgos o daños.
- ✚ *Principio de Justicia:* engloba la imparcialidad y la equidad en la distribución de los bienes, la igualdad de acceso a los recursos y la ausencia de discriminación.

Con respecto a la profesión enfermera y la deontología, en el año 1953, el International Council of Nurses (ICN) creó un documento que recogía el conjunto de reglas y principios que deben regir los profesionales enfermeros en su práctica profesional. Este se conoce como “Código Deontológico para la Profesión de Enfermería”, datando su última revisión en 2012. En este se exponen los cuatro deberes fundamentales del profesional de enfermería: promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento (89,90).



Después de exponer de forma teórica la ética junto con sus principios básicos y el código deontológico enfermero, es importante explicar cuáles son los beneficios y riesgos conocidos que supone la intervención de este trabajo con respecto a los usuarios que participan.

En la realización del blog de salud sexual junto con los dos talleres educativos, se observa que el principal componente ético que se debe preservar es la confidencialidad de datos e intimidad del individuo.

Por lo que se refiere al blog, en el espacio “entre tú y yo”, tal y como se ha comentado anteriormente, existe la posibilidad que el adolescente contacte vía telefónica como email, con el fin de formular o explicar cualquier duda o experiencia. En ambos casos, se preserva la protección y confidencialidad de los datos. De igual forma, en los dos talleres “ ¿Considero que valgo la pena? La autoestima y el autoconcepto” y “La sexualidad es cosa de todos”, los cuestionarios de satisfacción que se les entrega al alumnado son de carácter totalmente anónimo, conservando de este modo, el derecho de la intimidad del adolescente y el principio de no maleficencia, evitando riesgos como la difusión de información personal a terceras personas.

Todo lo comentado con anterioridad, se complementa con la aplicación de seis leyes vigentes en el Marco Legislativo Español:

✚ *La ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal junto con los artículos 1. Objeto, el artículo 4. Calidad de los datos, el artículo 5. Derecho de información en la recogida de datos, el artículo 9. Seguridad de los datos, el artículo 10. Deber de secreto y el artículo 12. Acceso a los datos por cuenta de terceros, recoge la importancia de garantizar y proteger en todo momento, los datos personales, las libertades y los derechos fundamentales de todo individuo y en especial su honor, privacidad e intimidad personal y familiar (91).*



- ✚ *La ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. En sus artículos 7. Derecho a la intimidad, artículo 10. Condiciones de la información y consentimiento por escrito y el artículo 11. Instrucciones previas. Esta ley pone de manifiesto la relevancia que tienen los derechos de los pacientes como eje básico de las relaciones clínico-asistenciales (92).*
- ✚ *Los artículos 18 y 20 de la Constitución Española. Ambos artículos garantizan el secreto de las comunicaciones y el reconocimiento y protección de los derechos a expresar y difundir libremente los pensamientos, ideas y opiniones mediante la palabra, el escrito o cualquier otro medio, preservando la intimidad y el honor del individuo (93).*
- ✚ *La Ley Orgánica 1/1982, de 5 de mayo, de protección civil del derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen (94).*
- ✚ *En el Código Deontológico para la profesión de Enfermería, en los artículos 19, 20 y 21 que hacen referencia al secreto profesional que todo enfermero debe guardar en su práctica. En el caso que se vea obligado a romperlo por motivos legales, no debe olvidar que moralmente su primera preocupación, ha de ser la seguridad del paciente y procurará reducir al mínimo la cantidad de información revelada y el número de personas que participen del secreto (89,90).*
- ✚ *En el artículo 199.2 del Código Penal. Este artículo hace referencia a la revelación de secretos donde el profesional que lo desobedezca será castigado con la pena de prisión de uno a cuatro años, multa de doce a veinticuatro*



meses e inhabilitación especial para dicha profesión por tiempo de dos a seis años (95).



EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

La evaluación del Programa de Educación Sexual y Reproductiva “El rincón joven de Lleida” junto con sus actividades; la creación del blog de salud sexual y la realización de dos talleres en los centros educativos, se lleva a cabo mediante dos métodos. Estos son:

📊 **Estadística virtual:** se crean diferentes indicadores tanto en el blog como en las redes sociales Facebook y Twitter, con el objetivo de observar el grado de acogida del Programa dentro de la población. Los indicadores son:

1. *Número de visitas:* se registra la cantidad exacta de usuarios que han accedido tanto al blog como a los distintos perfiles sociales.
2. *Número de hits:* con este indicador se pretende saber qué espacio (“sabias...”, “entre tú y yo”, “entre todos nos ayudamos”) es el más visitado por los adolescentes.
3. *Promedio de tiempo o duración de la visita:* registra los minutos promedios que dura una visita.
4. *Términos de búsqueda:* son aquellas palabras o frases clave que los usuarios introducen en el buscador para obtener una respuesta.

📊 **Encuestas de satisfacción:** al finalizar los dos talleres en los centros educativos, se proporciona un cuestionario de opinión al alumnado. El objetivo principal es conocer si el servicio que se ofrece, en este caso, los talleres, responden a las necesidades de los adolescentes. De esta forma, se podrá mejorar cualquier aspecto que consideren importante en cuanto a la dinámica de las sesiones, para así, aumentar su grado de conocimientos y mejor cualitativamente las actividades proporcionadas.



DISCUSION

La necesidad de llevar a cabo un programa de Educación Sexual como es “El rincón joven de Lleida” se hace patente debido al aumento considerable de embarazos precoces a nivel mundial, constituyendo así un serio problema de salud pública. También lo justifican indicadores como la temprana edad de inicio en las relaciones sexuales por parte de los adolescentes y algunas actitudes de riesgo en este mismo grupo de edad en relación a la salud sexual y reproductiva, tal y como lo confirma la FIGO, la SEC y la UNFPA (5,9,24).

Esta intervención también se ve indispensable debido al alto porcentaje que representan las Enfermedades de Transmisión Sexual entre los jóvenes. Según la OMS, UNICEF y ONUSIDA (3,4,17), los adolescentes representan casi el 50% de todas las nuevas infecciones por el VIH en personas entre los 15 y los 49 años. La causa reside en la falta de conocimientos y el no hacer uso de los métodos anticonceptivos de elección. En nuestro país por ejemplo, el 30% de los adolescentes confirman no utilizar el preservativo en sus relaciones sexuales debido a la falta de accesibilidad, la falta de información o la falta de comunicación con la pareja, tal y como concluye la encuesta del equipo Bayer Health Care (19).

Si observamos cuales pueden ser los motivos por los cuales un embarazo de estas características se llega a producir, son varios los factores de riesgos con los que se puede relacionar. El consumo de sustancias, un nivel socioeconómico bajo, un alto absentismo escolar y un bajo nivel educativo, un núcleo familiar desestructurado donde existen historias previas de embarazos precoces, una falta de apoyo y comunicación entre sus miembros, la cultura o la raza y el lugar de residencia (predominio del medio rural frente al urbano) son ejemplos de ello, tal y como lo confirman numerosos artículos (8,11,31–35,37,39–41,43,44,46,49,52,53).



Una vez analizados los factores de riesgo, la siguiente pregunta que se formula es ¿Qué pasará ahora una vez se ha descubierto el embarazo? Por desgracia, una gestación de estas características conlleva diversas consecuencias, tanto para la joven adolescente como para la sociedad en general a distintos niveles como el emocional, el económico, el familiar, el educativo y el sanitario. Diversos artículos de la bibliografía consultada lo corroboran (12,13,35,46).

Finalmente y después haber estudiado las posibles consecuencias de un problema de salud como es el embarazo adolescente, el siguiente paso es averiguar e implantar medidas preventivas para conseguir disminuir la prevalencia e incidencia del problema en un futuro próximo. Tal y como lo concluyen varios de los artículos consultados (6,8,11,18,44,47,66,69–86), los programas de Educación Sexual y Reproductiva constituyen la mejor medida preventiva en los embarazos precoces. Es por todo ello, que el programa que se lleva a cabo, constituye una herramienta más en el conjunto de actividades preventivas ya existentes.

Realizándolo, se pretende educar a los jóvenes en temas relacionados con la sexualidad, resolviendo posibles dudas o experiencias vividas, promoviendo su bienestar sexual, disminuyendo conductas de riesgo con el único objetivo de prevenir embarazos en edades precoces. Se basa en todo momento en un concepto positivo de salud, integrando la sexualidad desde un punto de vista biopsicosocial.

Es por eso que este programa, al igual que cualquier otro, se crea con unos objetivos planteados a corto y largo plazo. Sin embargo, en el inicio o durante el desarrollo del mismo, pueden observarse algunos obstáculos o limitaciones. En este contexto, los dos grandes desafíos del programa son conseguir una buena acogida y un alto grado de participación por parte de la población diana.



Para evitar cualquier situación de fracaso, se deben de llevar a cabo en todo momento, unas estrategias. El programa “El Rincón Joven de Lleida” se crea como un programa integral y sensible a las diferencias culturales y sociales, adaptándose al lenguaje que utilizan los adolescentes para evitar cualquier malinterpretación o pérdida del entorno de confianza. Por ello, esta cuidadosamente diseñado para aprender a respetar las peculiaridades de cada sexo, desarrollar las aptitudes positivas para la vida, fomentar la comunicación y libre expresión para conseguir así adoptar unas prácticas sexuales más seguras, sin riesgos, por parte de los adolescentes junto con una planificación familiar eficaz y completa.

Respecto al grado de acogida del programa comentar que, todo y que son estimaciones debido a que se trata de un proyecto, la expectativa es ilusionante. Algunos de los programas o campañas de Educación Sexual ya existentes, tales como “Salut Jove” de la Generalitat de Catalunya, la campaña “Es cosa de dos” del Ministerio de Sanidad, han tenido un alto grado de acogida, demostrando la eficacia de programas de estas características.

Finalmente, me gustaría dar mi opinión respecto a algunos aspectos en los que considero faltaría hacer más hincapié, para evitar conductas de riesgo entre los adolescentes y más concretamente, embarazos precoces.

En primer lugar, se debería realizar algunas reformas a nivel de política social. La creación de más centros especializados de información y atención a los adolescentes sería necesaria para guiarlos e implicarlos así en el desarrollo de su propia salud. De esta forma, se evitaría que la fuente predominante de información sexual fuese el entorno de amistades, que en muchos casos, crean falsos y peligrosos comportamientos.

Otra propuesta sería proporcionar más recursos para la formación acerca de salud sexual y reproductiva a los profesionales de la educación. El abordaje de la sexualidad



desde la escuela es una buena manera de incrementar las habilidades de los jóvenes en la toma de decisiones, mejorar la percepción acerca de las normas de presión de grupo, disminuir la falta de información entre los jóvenes e incrementar la comunicación con el entorno familiar. De esta forma, junto con los profesionales sanitarios y psicólogos que pudiesen realizar talleres o charlas en los centros educativos, se conseguiría integrar la educación sexual dentro del plan de estudios, a lo largo de todas las etapas educativas, desarrollando así un trabajo conjunto entre los centros educativos y los centros sanitarios.

Finalmente, apoyar a los padres y madres con el fin de potenciar un entorno favorable, en el que se dé un dialogo abierto acerca de la sexualidad. De esta forma, ayudaría a detectar y evitar actitudes de riesgo precoces entre los jóvenes. Para facilitar la labor a estos padres se deberían de proporcionar más guías con algunas pautas de actuación y recomendaciones y realizar más campañas y talleres integrando la participación activa del núcleo familiar.



CONCLUSIONES

A continuación y una vez expuesto todo el trabajo, se pasan a responder a los objetivos planteados al principio del proyecto. Seguidamente, se concluirá con una reflexión personal.

Conclusiones a los objetivos expuestos

Teniendo en cuenta que los programas de Educación Sexual, como se ha comentado en numerosas ocasiones en este trabajo, son la mejor medida preventiva en los embarazos adolescentes, el blog sexual “El rincón Joven de Lleida” se ha llevado a cabo con este único fin. Una educación basada siempre en un concepto positivo de salud, promoviendo hábitos y prácticas sexuales seguras y evitando comportamientos de riesgo, ha constituido el pilar principal de la intervención de este trabajo. De esta forma, mediante el trabajo conjunto y didáctico en temas relacionados con la sexualidad y afectividad se han creado los espacios “Sabias...”, y “Entre todos nos ayudamos” del bloc sexual. Además, a través del espacio creado “Entre tú y yo” se ha pretendido resolver cualquier duda o inquietud personal que todo adolescente quisiese compartir, orientándole e informándole, preservando en todo momento la confidencialidad e intimidad.

Por otro lado y, mediante la realización de los dos talleres “¿Considero que valgo la pena? La autoestima y el autoconcepto” y “La sexualidad es cosa de todos”, se ha querido trabajar y abordar el gran cumulo de sentimientos característicos de la adolescencia de una forma dinámica favoreciendo una libre expresión y evitando cualquier conducta prejuiciosa y ofensiva.

Es por todo ello, que el blog se ha creado como una herramienta más dentro de las actividades preventivas del embarazo adolescente actuales, abordando un problema de salud pública cada día más patente en nuestra sociedad, el cual afecta a muchas



jóvenes parejas, cambiando por completo su vida y impidiéndoles disfrutar plenamente de una etapa llena de oportunidad y metas por cumplir como es la adolescencia.

Reflexión personal

Con estas últimas conclusiones a los objetivos planteados, doy por finalizado este trabajo y así mi dedicación a lo largo de estos meses. Este trabajo me ha aportado un aprendizaje tanto a nivel intelectual como a nivel personal.

A nivel intelectual, me ha servido para poder profundizar y documentarme más acerca de un problema de salud que en un principio creía que representaba un bajo porcentaje en nuestra sociedad. Constituye un problema difícil de abordar en los diferentes ámbitos sanitarios, que requiere unas habilidades por parte del profesional sanitario, ya que en numerosas ocasiones, se asocia a problemas personales de la joven.

A nivel personal, la realización de este trabajo me ha ayudado a entender la problemática que rodea a esta situación y a no prejuzgar a aquellas adolescentes que maduran de manera forzada y rápida debido al embarazo precoz.

A nivel organizativo y académico, he seguido y profundizado en una metodología de trabajo diferente ya que antes no había realizado un proyecto de este tipo, tan preciso y exhaustivo que conllevara tantos meses de trabajo continuo para sacarlo adelante.

Finalmente, desearía que este trabajo se convirtiera en una herramienta de conocimiento y reflexión sobre un problema cada vez más frecuente en nuestra sociedad, para todas aquellas personas que puedan estar interesadas en este tema.



BIBLIOGRAFIA

1. Organización Mundial de la Salud. Salud Sexual y Reproductiva [Internet]. 2014 [cited 2014 Jan 15]. Available from: <http://www.who.int/reproductivehealth/es/>
2. Federación Española de Sociedades de Sexología. Declaración de los Derechos Sexuales [Internet]. 2014 [cited 2014 Mar 21]. Available from: <http://www.fess.org.es/derechos-sexuales.php>
3. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [Internet]. 2013. Available from: <http://www.unicef.es/?gclid=CKuK5ubvyb0CFekBwwod71sANA>
4. Organización Mundial de la Salud [Internet]. 2014. Available from: <http://www.who.int/es/>
5. Fondo de Población de las Naciones Unidas [Internet]. 2014. Available from: <http://www.unfpa.org/public/>
6. Canals J. La sexualidad en la adolescencia. 2010 p. 5.
7. Ministerio de Sanidad y Consumo. Ganar Salud con la Juventud. 2010 p. 135.
8. Colomer J. Prevención del embarazo no deseado y de las infecciones de transmisión sexual en adolescentes. 2013 p. 25.
9. International Federation of Gynecology and Obstetrics [Internet]. 2014. Available from: <http://www.figo.org/>
10. International Federation of Gynecology and Obstetrics. The Global Epidemic of Unintended Pregnancies. 2014 p. 53.



11. Lete, I.; Lozano, J.; Martinez, C.; Parrilla J. Embarazo en la adolescencia. 2010 p. 19.
12. González, Y.; Hernández, I.; Conde, M.; Hernández, R.; Brizuela M. El embarazo y sus riesgos en la adolescencia. Pregnancy and its risks in adolescence. AMC. 2010;4(1):21.
13. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Maternidad en la niñez. 2013 p. 132.
14. Colmenares, Z.; Montero, L.; Reina, R.; González Z. Intervención de enfermería durante la clínica prenatal y conocimiento sobre riesgos fisiológicos de la adolescente embarazada. Enfermería Glob. 2010;18:10.
15. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos [Internet]. 2013. Available from: <http://www.cdc.gov/spanish/>
16. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Estado Mundial de la Infancia. Niñas y niños en un mundo urbano. 2012 p. 156.
17. ONUSIDA [Internet]. 2014. Available from: <http://www.unaids.org/es/>
18. Equipo Daphne. Jóvenes y hábitos sexuales. 2010 p. 8.
19. Bayer Health Care. Encuesta sobre sexualidad y anticoncepción en la Juventud Española. 2009 p. 3.
20. Equipo Daphne. Anticoncepción en España. 2011 p. 25.
21. Injuve. Instituto de la Juventud. Jóvenes salud y sexualidad. Sondeo de opinión. 2008 p. 38.



22. Instituto Nacional de Estadística. Personas de 18 a 49 que han tenido relaciones sexuales alguna vez en la vida por sexo, comunidad autónoma y edad de inicio de las relaciones. [Internet]. 2003. p. 1. Available from: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p455&file=inebase&L=0>
23. Instituto Nacional de Estadística. Personas de 18 a 49 que han tenido relaciones sexuales alguna vez en la vida por sexo, grupo de edad y edad de inicio de las relaciones. [Internet]. 2003. p. 1. Available from: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p455&file=inebase&L=0>
24. Sociedad Española de Contracepción [Internet]. 2010. Available from: <http://www.sec.es/>
25. Ministerio de Sanidad y Consumo. Interrupción Voluntaria del Embarazo Datos definitivos correspondientes al año 2012. 2012 p. 202.
26. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. 2014. Available from: <http://www.ine.es/>
27. Injuve. Instituto de la Juventud. Jóvenes y diversidad sexual. 2011 p. 75.
28. García, J.; Pérez, E.; Perpiña J. Enfermedades de transmisión sexual y adolescencia: generalidades y prevención. 2010 p. 41.
29. Instituto Nacional de Estadística. Personas de 18 a 49 años por sexo, comunidad autónoma y fuente principal de información sexual. [Internet]. 2003. p. 1. Available from:



<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p455&file=inebase&L=0>

30. Generalitat de Catalunya. La interrupció voluntària de l'embaràs a Catalunya. 2012 p. 48.
31. Dworsky, A.; Courtney M. The risk of teenage pregnancy among transitioning foster youth: Implications for extending state care beyond age 18. Child Youth Serv Rev. Elsevier Ltd; 2010 Oct;32(10):6.
32. López, M.; Schiaffino, A.; Moncada, A.; Pérez G. Factores asociados al uso autodeclarado de la anticoncepción de emergencia en la población escolarizada de 14 a 18 años de edad. Gac Sanit. 2010;24(5):6.
33. Federación de Planificación Familiar Estatal. Factores que influyen en el embarazo de adolescentes y jóvenes. 2011 p. 120.
34. Susana, C.; Gonçalves, S.; Rangel, D.; Guimaraes, G.; Umberto J. Family psychosocial characteristics , tobacco , alcohol , and other drug use , and teenage pregnancy. Cad Saúde Pública Rio Janeiro. 2013;29(8):10.
35. Álvarez, C.; Pastor, G.; Linares, M.; Serrano, J.; Rodríguez O. Motivaciones para el embarazo adolescente. Gac Sanit. 2012;26(6):7.
36. Donadiki, E.; Jimenez, R.; Velonakis, E.; Hernandez, V.; Sourtzi, P.; López, A.; Jimenez, I.; Gallardo, C.; Carrasco P. Factors Related to Contraceptive Methods among Female Higher Education Students in Greece. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2013;26:6.
37. Herrick, A.; Kuhns, L.; Kinsky, S.; Johnson, A.; Garofalo R. Demographic, Psychosocial, and Contextual Factors Associated With Sexual Risk Behaviors



- Among Young Sexual Minority Women. J Am Psychiatr Nurses Assoc. 2013;19(6):12.
38. Dulitha, F.; Nalika, G.; Upul, S.; Chrishantha, W.; Alwis, S.; Chithramalee D. Risk factors for teenage pregnancies in Sri Lanka: perspective of a community based study. Heal SCIENCE JJOURNAL. 2013;7(3):16.
39. Cavazos-rehg, P.; Krauss, M.; Schootman, M.; Cottler, L.; Bierut L. Associations Between Multiple Pregnancies and Health Risk Behaviors Among U . S . Adolescents. J Adolesc Heal. Elsevier Ltd; 2010;47(6):4.
40. Sanchez, Z.; Nappo, A.; Cruz, J.; Carlini, E.; Carlini, M.; Martins S. Sexual behavior among high school students in Brazil : alcohol consumption and legal and illegal drug use associated with unprotected sex. Clinics. 2013;68(4):6.
41. Furzán, J.; Yuburí, A.; Eizaga, S.; Benavides J. Embarazo en adolescentes y resultado perinatal adverso : un análisis multivariado de factores predictivos de riesgo. Gac Méd Caracas. 2010;118(2):8.
42. Sánchez, Y.; Mendoza, L.; Grisales, B.; Ceballos, L.; Bustamente, J.; Castañeda, E.; Chaverra, L.; Acuña M. Características poblacionales y factores asociados a embarazo en mujeres adolescentes de Tuluá , Colombia. REV CHIL Obs GINECOL. 2013;78(4):13.
43. Oner, S.; Yapici, G.; Kurt, A.; Sasmaz, T.; Bugdayci R. The sociodemographic factors related with the adolescent pregnancy. Asian Pacific J Reprod. Hainan Medical College; 2012;1(2):7.
44. Rowlands S. Social predictors of repeat adolescent pregnancy and focussed strategies. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. Elsevier Ltd; 2010 Oct;24(5):12.



45. Delgado, M.; Zamora, F.; Barrios, L.; Cámara N. Pautas anticonceptivas y maternidad adolescente en España. 2011 p. 275.
46. Shah, M.; Prajapati, S.; Sheneeshkumar V. Adolescent pregnancy: Problems and consequences. Apollo Med. Elsevier Inc; 2012 Sep;9(3):5.
47. Noguera, O.; Alvarado H. Embarazo en adolescentes : una mirada desde el cuidado de enfermería. Rev Colomb Enfermería. 2012;7:10.
48. Gilliam, M.; Neustadt, A.; Whitaker, A.; Kozloski M. Familial , Cultural and Psychosocial Influences of Use of Effective Methods of Contraception among Mexican-American Adolescents and Young Adults. J Pediatr Adolesc Gynecol. Elsevier Inc.; 2011;24(2):6.
49. Logan, M.; Booker A. Teenage Pregnancy in Adolescents With an Incarcerated Household Member. West J Nurs Res. 2014;36(3):17.
50. Madkour, A.; Farhat, T.; Halpern, C.; Godeau, E.; Gabhainn S. Early Adolescent Sexual Initiation as a Problem Behavior : A Comparative Study of Five Nations. J Adolesc Heal. Elsevier Ltd; 2010;47(4):10.
51. Reese, B.; Haydon, A.; Herring, A.; Halpern C. The Association Between Sequences of Sexual Initiation and the Likelihood of Teenage Pregnancy. J Adolesc Heal. Elsevier Inc.; 2013;52(2):6.
52. Irala, J.; Osorio, A.; Carlos, S.; Ruiz-canela M. Media de edad de inicio de relaciones sexuales : ¿ Saben lo que queremos decir ? 2009 p. 5.
53. Martin C. Anticoncepción en la adolescencia : más allá de la mera prescripción. 2013 p. 5.



54. Aparcero, L.; Guerrero, A.; Maldonado, J.; Sánchez, Y.; Paz, F.; Morrillo S. Debut sexual y conocimientos sobre el uso de anticonceptivos en una población adolescente . Programa Forma Joven. 2011 p. 5.
55. Upadhyya, K.; Ellen J. Social Disadvantage as a Risk for First Pregnancy Among Adolescent Females in the United States. J Adolesc Heal. Elsevier Inc.; 2011;49(5):4.
56. Carlson, D.; McNulty, T.; Bellair, P.; Watts S. Neighborhoods and Racial / Ethnic Disparities in Adolescent Sexual Risk Behavior. J Youth Adolesc. 2013;14.
57. Murray, A.; Rosengard, C.; Weitzen, S.; Raker, A.; Phipps M. Demographic and Relationship Predictors of Paternity Establishment for Infants Born to Adolescent Mothers. J Pediatr Adolesc Gynecol. Elsevier Inc.; 2012;25(5):6.
58. Mmari, K.; Sabherwal S. A review of risk and protective factors for adolescent sexual and reproductive health in developing countries: an update. J Adolesc Heal. Elsevier Ltd; 2013 Nov;53(5):11.
59. Winetrobe, H.; Rhoades, H.; Barman-adhikari, A.; Cederbaum, J.; Rice, E.; Milburn N. Pregnancy Attitudes , Contraceptive Service Utilization , and Other Factors Associated with Los Angeles Homeless Youths ' Use of Effective Contraception and Withdrawal. J Pediatr Adolesc Gynecol. Elsevier Inc.; 2013;26(6):9.
60. Shah, M.; Gee, R.; Theall K. Partner support and impact on birth outcomes among teen pregnancies in the United States. J Pediatr Adolesc Gynecol. Elsevier Inc.; 2014 Mar;27(1):6.



61. Jefatura del Estado. Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. 2010 p. 14.
62. Ministerio de Justicia. Anteproyecto de ley orgánica para la protección de la vida del concebido y de los derechos de la mujer embarazada. 2014 p. 25.
63. Federación de Planificación Familiar Estatal [Internet]. 2014. Available from: <http://www.fpfe.org/>
64. Organización Mundial de la Salud. Aborto sin riesgos:guía técnica y de políticas para sistemas de salud. 2012 p. 134.
65. Pérez S. El mundo al revés, niñas que se embarazan para dejar de estudiar. El país. 2014;1.
66. World Health Organization. Early marriages , adolescent and young pregnancies. 2011 p. 4.
67. Wilson, K.; Damle, L.; Huang, C.; Landy, H.; Gomez-Lobo V. Are Adolescent Pregnancies Associated with Adverse Outcomes? J Pediatr Adolesc Gynecol. Elsevier Inc.; 2012 Apr;25(2):2.
68. Maria, A.; Bettio, H.; Souza, L.; Curgel, R.; Ramos, E.; Goldani, Z.; Barbieri M. Is adolescent pregnancy a risk factor for low birth weight ? Rev Saúde Pública. 2013;47(1):9.
69. Organizacion de las Naciones Unidas. Orientaciones Técnicas Internacionales sobre Educación en Sexualidad.Un enfoque basado en evidencia orientado a escuelas, docentes y educadores de la salud. 2010 p. 133.



70. Generalitat de Catalunya. Orientacions per a l'educació afectiva i sexual a segon cycle d'ESO. 2010 p. 50.
71. Generalitat de Catalunya. Actuacions preventives a l'adolescència. Guia per a l'atenció primària de salut. 2010 p. 178.
72. Plastino K. Teen pregnancy prevention: a new paradigm. South Med J. 2013 Sep;106(9):2.
73. Consejería de Educación y Ciencia. Junta de Andalucía. Sexualidad, Educación Sexual y Género. Programa de Educación Afectivo-Sexual. 2010 p. 32.
74. Loutfy, M.; Margolses, S.; Money, D.; Gysler, M.; Hamilton, S.; Yudin M. Canadian HIV Pregnancy Planning Guidelines. J Obs Gynaecol Can. 2012;34(278):16.
75. Tanner, A.; Secor, T.; Garwick, A.; Sieving, R.; Rush K. Engaging Vulnerable Adolescents in a Pregnancy Prevention Program: Perspectives of Prime Time Staff. J Pediatr Heal Care. 2012;26(4):18.
76. Centers of Disease Control and prevention. Pregnancy prevention [Internet]. 2013. 2011 p. 2. Available from: http://www.cdc.gov/healthyyouth/shpps/2006/factsheets/pdf/FS_PregnancyPrevention_SHPPS2006.pdf
77. Kuo, K.; Zhu, Tao Y.; Raidoo, S.; Zhao, L.; Sammarco, A.; Ashby K. Original Study Partnering with Public Schools: A Resident-Driven Reproductive Health Education Initiative. J Pediatr Adolesc Gynecol. Elsevier Inc.; 2014;27(1):5.



78. Chandra-Mouli, V.; Camacho, A.; Michaud P. WHO guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries. J Adolesc Heal. Elsevier Ltd; 2013 May;52(5):6.
79. Taylor, D.; Angel E. An Evidence-Based Guideline for Unintended Pregnancy Prevention. JOGNN. 2011;40:12.
80. Centers of Disease Control and prevention. Sexually Transmitted Disease Prevention. 2013 p. 2.
81. Consejo de la Juventud de España. Ministerio de Sanidad. Seducción Redonda. Condonéate. 2010 p. 37.
82. Centers of Disease Control and prevention. HIV prevention. 2013 p. 2.
83. Oringanje, C.; Meremikwu, M.; Eko, H.; Esu, E.; Meremikwu A. Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents (Review). Cochrane Libr. 2010;(1):85.
84. United Nations Population Fund. Programas de salud sexual y reproductiva para adolescentes en entornos humanitarios : una mirada profunda a los servicios de planificación familiar. 2012 p. 47.
85. González, C.; Sánchez, J.; González A. Educación integral en sexualidad y anticoncepción para los / las jóvenes. Enferm Clin. 2009;19(4):4.
86. Organization world health. Standards for Sexuality Education in Europe. 2010 p. 84.



87. Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos de Investigación Biomedica. Informe belmont. principios eticos y directrices para la proteccion de sujetos humanos de investigacion. 1978 p. 13.
88. Council of Europe. Guía para los Miembros de los Comités de Ética de Investigación. 2010 p. 61.
89. Consejo Internacional de Enfermeria. Código deontológico del cie para la profesión de enfermería. 2012 p. 12.
90. Consejo Internacional de Enfermeria. Código Deontológico de la Enfermería Española. 1973 p. 19.
91. Jefatura del Estado. LEY ORGÁNICA 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. 1999 p. 12.
92. Jefatura del Estado. LEY 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. 2002 p. 7.
93. Jefatura del Estado. Constitución Española. 1978 p. 37.
94. Jefatura del Estado. Ley Orgánica 1/1982, de 5 de mayo, de protección civil del derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen. 1982 p. 6.
95. Jefatura del Estado. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. 1995 p. 166.



ANEXOS

ANEXO 1: Derechos sexuales

1. **Derecho a la libertad sexual:** establece la posibilidad de la plena expresión del potencial sexual de los individuos y excluye toda forma de coerción, explotación y abuso sexual en cualquier etapa y situación de la vida.
2. **Derecho a la autonomía, a la integridad y a la seguridad sexual del cuerpo:** incluye la capacidad de tomar decisiones autónomas sobre la propia vida sexual en un contexto de ética personal y social; están incluidas también la capacidad de control y disfrute de nuestros cuerpos, libres de tortura, mutilación o violencia de cualquier tipo.
3. **Derecho a la privacidad sexual:** legitima las decisiones y conductas individuales realizadas en el ámbito de la intimidad, siempre y cuando no interfieran con los derechos sexuales de otros.
4. **Derecho a la igualdad sexual:** se opone a cualquier forma de discriminación relacionada con el sexo, género, preferencia sexual, edad, clase social, grupo étnico, religión o limitación física o mental.
5. **Derecho al placer sexual:** prerrogativa al disfrute y goce sexual (incluyendo el autoerotismo), fuente de bienestar físico, intelectual y espiritual.
6. **Derecho a la expresión sexual emocional:** abarca más allá del placer erótico o los actos sexuales y reconoce la facultad a manifestar la sexualidad a través de la expresión emocional y afectiva como el cariño, la ternura y el amor.
7. **Derecho a la libre asociación sexual:** permite la posibilidad de contraer o no matrimonio, de divorciarse o de establecer cualquier otro tipo de asociación sexual responsable.
8. **Derecho a la toma de decisiones reproductivas libres y responsables:** comprende el derecho a decidir tener hijos o no, el número y el tiempo a transcurrir entre cada uno, y el acceso pleno a los métodos para regular la fecundidad.



9. ***Derecho a la información sexual basada en el conocimiento científico:*** demanda que la información sexual sea generada a través de procesos científicos y éticos, que sea difundida de forma apropiada y que llegue a todas las capas sociales.
10. ***Derecho a la educación sexual integral:*** solicita la impartición de la educación sexual durante toda la extensión de la vida, desde el nacimiento hasta la vejez, y exhorta a la participación de todas las instituciones sociales.
11. ***Derecho a la atención de la salud sexual:*** conlleva la prevención y el tratamiento de todos los problemas, preocupaciones, enfermedades y trastornos sexuales.



ANEXO 2: Modelo Formulario Espacio "Entre tú y yo".

"ENTRE TÚ Y YO"

Asunto*:

Correo electrónico*:

Sexo*:

Orientación sexual:

Edad*:

País*:

Provincia:

Población:

Ocupación:

Estudios:

Primera consulta:

Consulta*:

Introduzca los caracteres que
aparecen en la imagen*:

K P X Y 9 T E



ANEXO 3: Modelo Encuesta Taller “¿Considero que valgo la pena? La autoestima y el autoconcepto”

Centro educativo:

Fecha:

A continuación, marque según el grado de satisfacción (1=nada, 10=mucho) algunos aspectos del taller realizado:

¿Cree que han sido claras las explicaciones a lo largo de la actividad?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Le ha gustado la forma en que se ha realizado el taller?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Cree que el grupo ha participado a lo largo de la actividad?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Ha sido lo que esperaba? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Ha aprendido algo nuevo? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Le ha parecido interesante? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Le ha gustado el sitio donde se ha realizado? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Cómo valoraría el taller de forma general? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Enumere tres palabras con las que resume el taller realizado.

1.

2.

3.

Comentarios

.....
.....

Muchas gracias



ANEXO 4: Modelo Encuesta Taller “La sexualidad es cosa de todos”.

Centro educativo:

Fecha:

A continuación, marque según el grado de satisfacción (1=nada, 10=mucho) algunos aspectos del taller realizado:

¿Cree que han sido claras las explicaciones a lo largo de la actividad?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Le ha gustado la forma en que se ha realizado el taller?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Cree que el grupo ha participado a lo largo de la actividad?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Ha sido lo que esperaba? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Ha aprendido algo nuevo? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Le ha parecido interesante? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Le ha gustado el sitio donde se ha realizado? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Cómo valoraría el taller de forma general? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Enumere tres palabras con las que resume el taller realizado.

1.

2.

3.

Comentarios

.....

.....

Muchas gracias